
COLL. REG. MED. LOND.
MDXVIII
Ο ΒΙΟϹ
ΒΡΑΧΥϹ Η
ΔΕ
ΤΕΧΝΗ
ΜΑΚΡΗ

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages. 6 fr.

— 3e année. 1 vol. de 524 pages. 6 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques et considérations générales sur les maladies du cœur, du docteur Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 320 pages. Paris, 1856. 6 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages, traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8 avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 cent.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga ; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, chevalier de l'ordre du Christ de Portugal, rédacteur de l'*Union médicale*.

PRÉCÉDÉ D'UNE INTRODUCTION

Par M. le Docteur AMÉDÉE LATOUR

Quatrième année, 1867

PARIS

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Rue de l'École-de-Médecine, 17.

Londres
Hipp. Baillière, 219, Regent street.

New-York
Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

1868

spects de Braithwaite et de Ranking, paraissant tous les six mois, ont acquis une notoriété considérable et sont devenus le complément nécessaire de toutes les autres publications périodiques, même des revues trimestrielles. Les États-Unis d'Amérique viennent aussi d'inaugurer ce genre de périodique par deux publications paraissant l'une à New-York, l'autre à Philadelphie.

En France, plusieurs tentatives ont été faites; celle de M. Garnier, dont le *Dictionnaire* est à la quatrième année, est à peu près la seule qui ait survécu. Il doit son succès à deux conditions principales : la première, c'est d'être véritablement universel et de faire connaître les principales œuvres médicales de tous les pays où la science médicale est cultivée; la seconde, c'est d'être un véritable dictionnaire, c'est-à-dire d'avoir adopté l'ordre alphabétique, qui, tout en permettant un certain groupement méthodique des matières, facilite singulièrement les recherches et fournit quand on en a besoin les indications demandées.

L'année 1867 restera tristement mémorable par les pertes douloureuses qui ont affligé le corps médical; mon premier devoir serait de les rappeler ici, si dans le long et lamentable nécrologe qui se trouve dans ce volume, M. Garnier n'avait pieusement relevé les noms de ceux qui sont dignes de rester dans la mémoire des hommes et qui ont disparu de ce monde, soit en France, soit à l'étranger. Je dois donc laisser à mon honorable confrère le mérite, comme je lui laisse la responsabilité de ces notices nécrologiques, sur certaines desquelles mon sentiment pourrait peut-être n'être pas d'accord avec le sien. Hélas ! même sur ceux que la terre recouvre, l'opinion des hommes ne peut pas toujours se mettre à l'unisson. Au moins ils reposent ! Et comme l'a dit un grand poëte à l'égard duquel je commets peut-être un sacrilége en altérant son

magnifique langage : « Dans ce moment de mêlée et de tourmente, qui faut-il plaindre, ceux qui meurent ou ceux qui combattent?... N'est-il pas permis à ceux autour desquels s'amassent incessamment calomnies, injures, haines, jalousies, sourdes menées, basses trahisons; hommes loyaux auxquels on fait une guerre déloyale;... hommes laborieux qui poursuivent paisiblement leur œuvre de conscience, en proie d'un côté à de viles machinations, en but, de l'autre, trop souvent, à l'ingratitude des esprits mêmes pour lesquels ils travaillent; ne leur est-il pas permis quelquefois de retourner la tête avec envie vers ceux qui sont tombés derrière eux et qui dorment dans le tombeau! *Invideo*, disait Luther dans le cimetière de Worms, *Invideo, quia quiescunt.* »

I

Constatons d'abord, et non sans regret, qu'aucune grande et saisissante découverte ne s'est imposée à l'attention du monde médical pendant l'année 1867. Le ferment du progrès a travaillé, tourmenté, agité les esprits sans faire naître, cependant, une de ces explosions soudaines et souveraines qui changent la face d'une science. Le regretter est naturel, s'en plaindre serait injuste. L'homme qui vit une vie ordinaire doit s'estimer heureux d'assister une fois dans le cours de son existence à l'éclosion d'un de ces grands faits scientifiques qui affirment la perfectibilité de l'esprit humain. Qu'est-il réservé, sous ce rapport, aux dernières années du XIXe siècle? Nul ne le peut prévoir, mais un siècle qui a produit l'auscultation, la lithotritie et l'anesthésie, qui a vu naître les grandes découvertes physiologiques de Ch. Bell, de Magendie, de Claude Bernard, qui a vu se créer l'hématologie et l'histologie, peut attendre avec confiance le jugement de l'histoire.

D'ailleurs, depuis la chute des doctrines de Broussais, l'esprit médical, en France surtout, est tourné moins vers les grandes vues d'ensemble et de généralisation, que vers les études et les recherches de détail. Les travailleurs sont nombreux, actifs, zélés, mais les résultats de leurs travaux ne convergent pas. L'essaim d'abeilles est magnifique, mais il n'a pas de ruche, aussi chaque mouche fait-elle pour elle seule sa petite provision de miel, et cherche-t-on en vain ces larges rayons, fruit d'efforts communs et solidaires.

Bien plus, les parties de la science qui préoccupent surtout l'activité des esprits, semblent ne marcher que sur un sol instable. Les applications de la chimie et de la physique à la biologie, si fort en faveur, que tout le monde accepte comme légitimes, et qui reçoivent les encouragements et les subsides des pouvoirs publics, ressemblent un peu, jusqu'ici, à l'œuvre de Pénélope; le lendemain défait le travail de la veille, et le prétendu positivisme de ces sciences exactes et de l'expérimentation, présente des variations, des contradictions et des incertitudes, tout au moins autant que les inductions tirées de la tradition et de l'observation clinique.

Les esprits à qui l'étude de notre histoire est familière n'éprouvent ni indignation de la tendance actuelle de la médecine, ni surprise de l'incohérence de ses résultats, ni crainte pour l'avenir de la science. Ils savent qu'à toutes les époques, l'autonomie de la science médicale proprement dite a été contestée, que tantôt on n'a voulu la considérer que comme une branche de l'histoire naturelle, que tantôt on a cherché à la placer sous le joug de la physique ou de la chimie, que tantôt enfin on n'en a fait qu'une dépendance de la mécanique. Ces tentatives rappellent les noms fameux de Paracelse, de Sylvius, de Boerrhaave, de Borelli, de Willis. Ces réformateurs dépassèrent le but, comme le dépassent les réformateurs de nos jours, mais ils semaient leur course de faits utiles, de

notions nouvelles, de découvertes partielles, intéressantes et fructueuses, sans ébranler le moins du monde les principes sur lesquels repose, depuis Hippocrate, la science de l'homme malade. On peut déjà prévoir qu'il en sera de même des tentatives actuelles, et cela malgré les progrès de la méthode expérimentale, malgré le degré de sûreté et de précision auquel sont arrivées les sciences physico-chimiques. Loin de contrarier leurs recherches et leurs prétentions, il convient au contraire d'y applaudir dans une certaine mesure, car certainement, comme celles de leurs devanciers, leurs études laisseront une trace lumineuse dans la science et dans l'art, sans porter la plus petite atteinte aux dogmes essentiels de la tradition hippocratique.

Cette manière d'apprécier et de concilier les tendances actuelles de l'esprit médical, il y a longtemps que nous l'exposons et la défendons dans le recueil périodique dont la direction nous est confiée. Nous avons même donné un nom à cette façon d'envisager les principes et les applications de notre science en l'appelant *Vitalisme tolérant et progressif.* Ce mot *vitalisme* offusquerait-il encore certains esprits ? Substituons-lui sans répugnance aucune, et comme le faisait récemment M. Chauffard à la tribune académique, le mot plus à la mode de *Biologisme*. Faisons remarquer seulement que le mot latin *vitalisme* est la traduction exacte du mot grec *biologisme.* Qu'on adopte l'un ou l'autre, on n'en reconnaît pas moins, implicitement ou explicitement, que les phénomènes physiologiques ou pathologiques dont l'organisme est le théâtre ont leur causalité dans les lois primordiales de la vie. Faisons remarquer encore qu'il n'appartient plus aujourd'hui, après tant de déclarations formelles et réitérées, à aucune école, à aucun système, à aucune philosophie, de s'attribuer le monopole du progrès, puisque tout le monde en accepte les moyens, les procédés et la méthode. Il n'y a plus

guère de dissidences que sur la limite respective du domaine des phénomènes vitaux et des phénomènes physico-chimiques. Or, il importe fort peu au vitalisme moderne qu'on recule aussi loin que possible la limite des derniers, certain qu'il est que l'on arrivera toujours, comme y est arrivé l'un des plus grands esprits de notre époque, Virchow, à un point où la vie, ses lois, ses phénomènes propres, s'imposent irrésistiblement à l'observation comme à l'intelligence.

Ce serait sans doute l'occasion d'apprécier de ce point de vue la plus grave question qui ait agité depuis longtemps la médecine, c'est-à-dire la question de la tuberculose, que les expériences de M. le docteur Villemin sur l'inoculation des tubercules ont mise de tous côtés à l'ordre du jour. Mais au moment où nous écrivons ces lignes, cette question est en pleine et brillante discussion à l'Académie de médecine, qui ne paraît pas près d'arriver à des conclusions. Cette discussion académique, en effet, met en lumière les opinions les plus divergentes, et nous croyons que le public médical qui suit ces débats intéressants, sans doute, mais bien contradictoires, doit éprouver quelque peine à fixer son opinion. Nous ne craignons pas de déclarer que nous éprouvons nous-même un grand embarras, et qu'il nous serait bien difficile de formuler à cette heure une appréciation suffisamment motivée. Question de fait ou d'expérimentation, question d'interprétation ou de doctrine, tout semble être encore en suspens, tout est affirmé, tout est contesté et, des savants orateurs de l'Académie qui font assaut de dialectique et d'éloquence, il n'en est pas encore deux qui se soient trouvés d'accord, non-seulement sur les points principaux en litige, mais même sur des points secondaires.

Mais pour ne pas enchevêtrer une discussion commencée en 1867, avec celle qui continue en 1868, nous réservons

nos réflexions pour l'*Introduction* de l'année prochaine, espérant d'ailleurs qu'un peu de lumière se fera, d'ici là, sur des questions que l'observation clinique croyait avoir résolues et sur lesquelles l'expérimentation, le microscope et l'histologie, malgré leurs prétentions au positivisme, appellent encore l'étude et laissent subsister le doute.

Constatons seulement, et c'est à cela que se borneront nos appréciations actuelles, que c'est moins par des affirmations que par des points d'interrogation qu'on pourrait résumer la situation actuelle.

Histologiquement et micrographiquement, qu'y a-t-il de démontré sur la texture intime du tubercule?

Est-il prouvé irrésistiblement que la doctrine de l'*hétérologie* de Laennec doive être abandonnée pour la doctrine de la *prolification* cellulaire de Virchow ?

Ne règne-t-il pas une confusion chaotique sur ce qu'on doit entendre par tubercule? Qu'est-ce que le tubercule gris, jaune, miliaire, la pneumonie caséeuse, la granulie ?

Sur les inoculations de M. Villemin, adoptées par les uns, contestées par les autres, est-on même d'accord quant à la nature, à la substance de la matière inoculée ?

Que croire des assertions de certains expérimentateurs qui assurent avoir provoqué les mêmes phénomènes résultant des inoculations de M. Villemin, par l'inoculation de matières les plus hétérogènes ?

L'interprétation pathologique, nosologique de ces inoculations n'est-elle pas encore dans le vague le plus complet ? A vrai dire, M. Villemin, abandonné sur ce terrain par ceux-là même qui acceptent la réalité de ses inoculations expérimentales, n'est-il pas seul à défendre logiquement la spécificité et la virulence de la tuberculose ?

L'introduction des idées et des méthodes allemandes a-t-elle jeté jusqu'ici de grandes lumières sur l'étude de la tuberculose?

Quant au traitement de cette terrible affection, aucun progrès réel n'a été constaté, et l'on ne peut en espérer que lorsque seront complétement connues et déterminées les conditions étiologiques de cette maladie, le plus grand fléau de l'humanité et qui couvre la terre de funérailles. Du reste, l'attention médicale est aujourd'hui très-vivement tournée vers ce sujet si important d'études. L'année présente ne s'écoulera pas, sans doute, sans qu'une société de phthisiologie se soit fondée, et l'on peut espérer que du concours des médecins observant dans tous les climats, sous toutes les latitudes et dans toutes les conditions de civilisation, il ne sorte quelques données précieuses pour l'atténuation, au moins, de ce mal affreux.

Une autre question très-émouvante et dont l'opinion s'est vivement préoccupée, reste également en suspens, c'est la question de la mortalité des nourrissons et des enfants du premier âge. Soulevée par les révélations courageuses et indignées d'honorables médecins, parmi lesquels il faut citer avec honneur MM. les docteurs Brochard et Monot, portée par voie de pétition au Sénat, où elle a fait le sujet de communications importantes; longuement et chaleureusement discutée à l'Académie de médecine, la question n'a pas encore reçu de solution définitive, et la commission académique constituée depuis près d'une année n'a pas encore présenté son rapport. Ce long retard ne peut être attribué, sans doute, qu'à l'étendue et aux difficultés de la tâche que la commission académique veut accomplir. Il n'est pas, en effet, toujours aussi facile qu'on pourrait le croire, de constater le mal, sa gravité, son étendue, ses limites. Quelques erreurs de chiffres ont été indiquées, quelques exagérations ont été signalées, et la commission ne veut produire que des documents exacts, et ne s'appuyer que sur des chiffres officiels.

Mais ce n'est là que la moindre tâche de la commission; arrêter le mal, proposer des mesures praticables et concilier les exigences suprêmes de l'hygiène publique avec le principe de la liberté des familles et l'action administrative, voilà le grand, le redoutable problème social que la commission de l'Académie de médecine doit résoudre. Rien n'a transpiré, du moins rien n'est parvenu jusqu'à nous des résolutions adoptées par la commission. Les honorables membres qui la composent n'ont pas besoin d'être excités dans leur zèle, ils savent que des questions de ce genre, une fois soulevées, ne doivent pas attendre indéfiniment leur solution. Le chiffre mortuaire des pauvres victimes de l'incurie, de l'ignorance et de la cupidité, ne s'accroît pas peut-être, mais diminue-t-il ? Qui le sait ? Et quoiqu'il semble prouvé que le danger a été grossi, en admettant la supputation la plus optimiste, celle d'une mortalité moyenne de 20 p. 100 sur les nourrissons de la première année, n'y a-t-il pas lieu d'être profondément affligé et sérieusement inquiet de pareilles hécatombes annuelles ?

A cette question de la mortalité des enfants du premier âge s'est rattachée, par une afférence étroite, la question plus générale d'une prétendue dégénérescence de la population française. Des débats académiques que cette question a soulevés et des documents qui ont été fournis, surtout par M. le docteur Broca, il est résulté que pendant une période qui semble avoir cessé et pendant laquelle ont eu lieu la disette de 1847, la révolution de 1848, les épidémies de choléra de 1849 et de 1853, la guerre de Crimée et la guerre d'Italie, le mouvement ascensionnel de la population française s'est arrêté, mais que depuis ces dernières années ce mouvement ascensionnel remonte, et remonterait plus sensiblement encore si l'on ne constatait avec inquiétude la rareté et l'infécondité de plus en plus marquée des mariages.

Rien n'a été démontré d'ailleurs de cette prétendue dégénérescence qui se traduirait par l'abaissement graduel de la taille, par les exemptions plus fréquentes du service militaire pour cause d'infirmités, par une mortalité plus grande à l'âge viril, etc. Cette discussion a prouvé également une fois de plus combien sont difficiles et complexes les problèmes relatifs à la population, et de combien d'éléments il faut tenir compte pour que la statistique ne conduise pas à des conclusions prématurées et erronées.

Malgré les efforts de ses propagateurs, la substitution de la vaccination animale à la vaccination de bras à bras n'est pas un fait accompli et ne s'est pas encore généralement imposée à la pratique. Il semble même que la méthode perde du terrain. Cependant le rapport académique et la discussion qui l'a suivi lui ont été favorables. Pourquoi donc ce quasi abandon d'un procédé qui avait suscité à son début une sorte d'engouement ? On n'en voit pas trop la raison, si ce n'est la mobilité extrême qui nous fait passer si facilement, en France, de l'ardeur à l'oubli. Des longues expériences faites à l'Académie de médecine, on a pu conclure que la vaccination animale présentait tous les avantages de la vaccination de bras à bras, tout en étant exempte des éventualités dangereuses qui ont été signalées dans la première. Un point seul est resté incertain et ne pouvait pas ne pas l'être, c'est la durée de l'action préservatrice de la vaccination animale. Le temps seul, en effet, peut donner la solution de ce problème.

Il ne faut pas se dissimuler, cependant, qu'en groupant, comme l'a fait M. Garnier dans l'article VACCINE, les faits connus de vaccination animale, comparés à un égal nombre de faits de vaccination jennérienne, il soit impossible de ne pas reconnaître que l'avantage reste à cette dernière quant au résultat positif de l'inoculation. On réussit mieux,

on réussit plus souvent avec l'ancienne méthode qu'avec la nouvelle, voilà ce qui résulte des chiffres. Il faut tenir compte aussi, dans une certaine mesure, des objections, théoriques si l'on veut, mais d'une théorie très-acceptable, opposées à la vaccination animale, notamment par M. Jules Guérin. Il faut le reconnaître, malgré les vingt-cinq propositions qui résument le rapport académique, il reste encore des inconnues à dégager du problème de la vaccination animale, et à moins que le cow-pox spontané ne se rencontre plus souvent sur la vache, ce qui permettrait sa transmission de génisse à génisse plus fréquente et plus sûre, la vaccination jennérienne restera la méthode la plus générale, parce qu'elle est encore la plus certaine.

On voit que les grandes questions qui ont principalement occupé l'attention médicale en 1867, sont toutes des questions d'hygiène publique, de médecine sociale proprement dite. La médecine n'est-elle pas, en effet, la science sociale par excellence? Et que dire, alors, des dispositions législatives relatives à la presse périodique qui lui interdisent, si elle n'est cautionnée, les sujets d'économie sociale? Quelle est donc la limite qui sépare l'hygiène publique de l'économie sociale? Comment l'apercevoir, et comment l'éviter? Avec l'application rigoureuse de cette législation, la presse médicale serait impossible, et le grand programme hippocratique sur l'air, les eaux et les lieux lui serait interdit. Inévitablement, sans intention et de la meilleure foi du monde, le plus prudent des publicistes ne pourrait se soustraire aux périls que cache la loi, en traitant des conditions hygiéniques des hôpitaux, des cimetières, des voies publiques, des eaux; en discutant certaines matières de médecine légale, tous les sujets de législation médicale, comme la législation sur les aliénés, par exemple, si vivement attaquée dans ces derniers temps, et dont on n'ose produire la défense et la justification dans les

journaux de médecine, où elles seraient si bien à leur place. Quelques-unes des questions dont nous venons de rappeler les phases, celle de la mortalité des nourrissons, les problèmes relatifs à la population, la vaccination elle-même, tout cela ne pourrait-il pas être considéré comme matière d'économie sociale interdite à la presse scientifique?

En dehors des grandes questions que nous venons de rappeler, la science médicale, dans tous ses éléments, a fourni un contingent honorable, et que le *Dictionnaire* indique avec le soin, la précision, le choix et la sobriété dont il a fait preuve jusqu'ici.

Rappelons notamment la grande discussion sur le catarrhe uréthral à la *Société médicale des hôpitaux*, les longs et intéressants débats sur le traitement de la syphilis à la *Société de chirurgie*, sur l'opération du trépan à la même société, et beaucoup d'autres sujets exposés dans le *Dictionnaire.*

L'énumération de ces articles serait aussi fastidieuse que stérile, et nous aimons mieux rechercher si quelque tendance particulière s'est produite, si quelque changement est survenu dans la direction des esprits, et où en est, à cette heure, ce que l'on peut désigner par un mot : la philosophie de la science.

II

Ce mot *philosophie* est très-mal venu dans un certain monde médical. On n'y reconnaît que trois conditions, en dehors desquelles on ne voit qu'entraves et impédiments pour le progrès ; à savoir : libre pensée, morale indépendante, positivisme. Remarquons en passant comment les mots changent de signification et d'interprétation selon les temps et les cir-

constances. Il y a moins de vingt ans, philosophie voulait dire liberté d'examen; les philosophes étaient les libres penseurs, et l'on sait comment les théologiens traitaient l'une et les autres. L'acception de ces mots est tout à fait changée dans une certaine école. Philosophie n'y signifie que métaphysique, ontologie, foi religieuse, et ceux qui n'admettent pas les conséquences logiques et fatales de ce qu'on appelle le positivisme, sont des esprits attardés, des mystiques, des cléricaux. Ce dernier mot est la suprême injure.

Nous ne pouvons nous défendre, à l'égard et dans l'intérêt de cette école, d'une grande appréhension. Ce qu'elle a de bon, le principe de la libre pensée, par exemple, principe que nous aimons, que nous revendiquons pour la philosophie, que nous défendons aussi de notre mieux, pourrait être entraîné dans la débâcle inévitable et prochaine du positivisme. Si cette philosophie... non, c'est la négation de toute philosophie; si cette religion... moins encore, c'est la répudiation de toute idée religieuse; si ce système... est-ce un système? Si cette méthode, si le positivisme, enfin, est ce que le proclament ses plus fervents adeptes, s'il conduit fatalement à ce qu'on désigne par les mots morale indépendante, si c'est l'athéisme, si c'est le matérialisme, eh bien, le positivisme, quoi qu'on dise de son infiltration de plus en plus sensible dans la jeunesse, ne vivra pas, et cette prédiction s'appuie sur toute l'histoire de l'esprit humain.

A quoi donc peuvent servir ces affirmations nouvelles de doctrines répudiées de tout temps et par toutes les civilisations? Si le fanatisme et la superstition ont jeté beaucoup d'esprits dans l'athéisme, c'est la philosophie qui les en a retirés, a dit Voltaire, ce prince des libres penseurs. C'est la philosophie qui retirera également les jeunes esprits d'aujourd'hui de cette sorte d'impasse scientifique où le positivisme les conduit. Ils verront bientôt que ce que le positivisme a de vrai,

de séduisant, d'acceptable, ne lui appartient pas et remonte jusqu'aux sources mêmes de la véritable philosophie. « Toute » saine philosophie respecte l'*observation*, et, pour ma part, » quel que soit mon goût pour la métaphysique, je n'accep- » terai jamais aucun principe qui serait démenti par l'expé- » rience. Je puis reconnaître des principes qui vont au delà » de l'observation, et toutes les vérités mathématiques sont de » ce genre, mais je n'admets rien qui soit contraire à l'obser- » vation. L'observation fait partie de l'analyse, et l'analyse est » une méthode philosophique aussi bien que scientifique. » C'est calomnier la philosophie que de prétendre qu'elle ne » procède qu'*à priori*, sans consulter l'expérience. Je de- » mande, au nom de la bonne foi, que ce préjugé disparaisse. » L'analyse a précisément pour formule cette admirable » maxime, qui est la règle de la probité scientifique : *Con-* » *state ce que tu vois, advienne que pourra.* Cette formule, je » la recommande aux étudiants de l'Université libre, mais je » les avertis en même temps que ce n'est pas le positivisme » qui l'a inaugurée; c'est la philosophie, c'est Aristote, c'est » Bacon. »

Voilà le langage que tenait naguère, aux élèves de l'Université libre de Bruxelles, le recteur de cette Université, M. Tiberghied, professeur de philosophie, dans un discours de rentrée intitulé : *Athéisme, matérialisme et positivisme.*

Il faut le reconnaître avec un profond regret, un pareil discours, où les sentiments les plus libéraux s'unissent aux plus fermes principes, ne pourrait être prononcé à Paris, devant une assemblée de jeunes étudiants, dans la disposition actuelle de leurs esprits. L'intolérance a changé de côté, et ceux qui s'appellent libres penseurs ne veulent de cette liberté que pour eux-mêmes. Prévoyez l'accueil qui serait fait à la noble et éloquente péroraison de ce discours :

« Attachez-vous fermement à l'idéal; c'est la mesure de la

» valeur des doctrines. Si l'idéal de l'humanité vous parle de
» liberté, de justice et de devoir, repoussez toutes les hypo-
» thèses qui sacrifient la liberté à la matière, la justice à la
» force et le devoir à la jouissance. Les intérêts de l'histoire
» sont avant tout des intérêts moraux. Marquez donc au ther-
» momètre du progrès la hauteur et la bassesse des concep-
» tions. Ne vous arrêtez pas au matérialisme, parce que le
» matérialisme rabaisse l'homme au niveau de la brute ; ne
» vous arrêtez pas au positivisme, parce que le positivisme
» ne voit rien au delà de l'humanité terrestre ; ne vous arrêtez
» pas à l'athéisme, parce que l'athéisme ne dépasse pas le
» monde. Élevez-vous au-dessus de la matière, au-dessus de
» l'humanité, au-dessus du monde ; élevez-vous jusqu'à la
» cause première, jusqu'à Dieu. Plus haut vous monterez,
» mieux vous verrez l'ensemble des choses dans leurs justes
» proportions. »

Parler d'idéal, de spiritualisme, de Dieu dans la Faculté de Paris, qui l'oserait aujourd'hui ? Ah ! si l'enseignement libre de la médecine devait nous conduire à cette liberté du discours de la part des professeurs et à cette tolérance de la part des disciples, votons au plus tôt pour l'enseignement libre, et envions le sort de l'Université libre de Bruxelles.

III

Nous voilà naturellement conduit aux questions de l'enseignement médical qui agitaient si vivement les esprits l'année dernière. Un grand apaisement s'est fait sur ces sujets. Rien à signaler, rien à discuter. On a beaucoup parlé d'un projet relatif précisément à l'institution de l'enseignement libre en France, mais ce projet paraît avoir été arrêté par le Conseil

impérial de l'instruction publique; il n'a pas été soumis au Conseil d'État, il n'arrivera pas par conséquent au Corps législatif. On sait que, dans ce système, il existe toujours un enseignement d'État, un enseignement officiel, mais qui n'a d'autre droit que celui d'enseigner. Les examens sont passés devant un jury mixte ou tout à fait indépendant des corps enseignants, et qui ne demande pas à ceux qui s'y présentent : Où avez-vous étudié? mais qui se borne à leur demander : Que savez-vous? D'après les résultats des examens, l'État confère les grades et diplômes donnant le droit d'exercice. Ainsi, l'enseignement officiel n'est pas supprimé; seulement à côté de lui l'enseignement libre peut s'instituer et fonctionner, les élèves peuvent choisir entre l'un et l'autre, et devant le jury d'examen, ils sont égaux.

Dans une occasion récente, ce système était développé et chaudement approuvé devant M. le ministre de l'instruction publique. Un professeur très-autorisé de la Faculté de médecine de Paris eut aussi la libéralité de le défendre, en ajoutant que l'enseignement officiel n'avait rien à redouter de l'enseignement libre. Nous serions assez porté à partager cette sécurité de l'enseignement officiel, du moins pour une période de temps assez longue. On n'improvise pas un enseignement de la médecine comme on pourrait improviser un enseignement de la théologie ou du droit. Tant de conditions intrinsèques et extrinsèques sont à remplir pour l'institution de l'enseignement de la science médicale, qu'il faudrait nécessairement beaucoup de temps pour arriver à un fonctionnement régulier et satisfaisant, qui permît de lutter sans trop d'infériorité avec l'enseignement officiel déjà en possession des collections, des musées, des bibliothèques, des laboratoires, dont tout le matériel, en un mot, existe et s'est accru par la succession des temps. Comment s'organiseraient les études anatomiques, les démonstrations de médecine opératoire, alors que l'enseigne-

ment officiel a souvent de la peine à satisfaire leurs exigences? Et les cliniques, quelles facilités, quelle tolérance l'enseignement libre trouverait-il auprès des administrations hospitalières pour les fonder d'une manière profitable aux élèves? Enfin, pour un établissement si considérable, pour une innovation si hasardeuse, trouvera-t-on des capitaux suffisants?

Nous aimons à croire que ces considérations un peu réalistes n'ont aucune influence sur l'absence d'appréhension de l'enseignement officiel; mais il était peut-être utile de les produire pour ceux qui s'imaginent que la promulgation d'une loi instituant l'enseignement libre de la médecine, changerait rapidement la face des choses et la situation. Non, l'enseignement libre aurait inévitablement à passer une période longue, laborieuse et périlleuse d'éclosion et d'organisation avant de pouvoir s'affirmer avec hardiesse. Pendant ce temps, l'enseignement officiel prendrait probablement ses précautions pour se mettre en mesure de lutter contre toute concurrence, et si, après quelques années d'expérience, la lutte était regardée comme impossible, les choses en reviendraient infailliblement au point où elles en sont aujourd'hui.

Selon nous, la seule concurrence possible, efficace et durable qui puisse être faite à l'enseignement universitaire de la médecine ne pourrait être tentée, à Paris surtout, que par la grande administration qui dispense déjà aux élèves l'enseignement anatomique et l'enseignement clinique. Peu d'efforts lui resteraient à faire pour compléter un ensemble magnifique d'études médicales. Que cette administration fonde une *école de médecine des hôpitaux de Paris*; si elle est assez puissante, qu'elle obtienne pour ses élèves l'égalité des droits et du diplôme avec les droits et le diplôme des Facultés; qu'elle donne à tous ses médecins et chirurgiens le libre droit d'enseignement, et cette école, c'est infiniment probable, brillera

bientôt d'un éclat pareil, si ce n'est supérieur, à celui de l'enseignement universitaire.

Mais, nous avions l'honneur de le dire l'an passé à cette même place, tous ces projets de l'organisation de l'enseignement de la médecine sont si étroitement unis aux questions de réorganisation professionnelle, que s'occuper de l'une en négligeant l'autre ne peut conduire qu'à des résultats incomplets, incohérents et éphémères. Les tendances actuelles sont vers l'extension de l'étude des sciences que nous ne voulons appeler ni accessoires, ni même auxiliaires, mais que nous désignerons sous le nom de collatérales, tant nous reconnaissons leur intime afférence avec la médecine proprement dite. M. Duruy disait l'été dernier au prince royal de Prusse : « Préparez vous à la guerre, à une guerre à mort ! Je veux battre vos chimistes, vos physiciens, vos histologistes, vos micrographes. » Et pour entamer cette guerre, M. le ministre demande à son budget de l'instruction publique une augmentation de 500 000 francs destinés à la fondation de nouveaux laboratoires. Très-bien ! Mais est-on bien sûr que ces conditions nouvelles d'études scientifiques puissent s'accorder avec les conditions actuelles de la profession ? Étendre le programme des études déjà si longues et si dispendieuses, sans s'inquiéter si la profession est suffisamment protégée et rémunératrice, c'est s'exposer à faire le vide dans les écoles et à rendre le recrutement médical de plus en plus difficile.

Quelle singulière contradiction ! Augmenter les études et maintenir le second ordre de médecins ! Ne pourra-t-il pas arriver qu'avec la longueur, les difficultés et les dépenses des études médicales proprement dites, compliquées des études de laboratoire, vous effrayiez les aspirants au titre si difficile de docteur, et vous tourniez les jeunes gens vers le titre plus accessible d'officier de santé ? C'est à craindre, et nous demandons qu'on y réfléchisse. On peut poser ce dilemme : Ou

l'étude approfondie des sciences collatérales est indispensable à la pratique médicale, ou elle ne l'est pas ; si elle est indispensable, il est souverainement illogique de ne pas l'exiger de tous ceux qui sont appelés à exercer l'art de guérir ; si elle ne l'est pas, laissez cette étude facultative, ou plutôt fondez une institution d'enseignement supérieur où l'étude de ces sciences collatérales pourra être poussée aussi loin que possible, sans dommage pour les études pratiques et cliniques.

Dans l'hypothèse que nous faisions tout à l'heure de la déclaration de l'enseignement libre de la médecine et de la fondation d'une école de médecine des hôpitaux, où l'enseignement clinique et pratique serait certainement prédominant, il est plus que probable que la Faculté de médecine de Paris, si elle conservait ses tendances actuelles, verrait bientôt diminuer le nombre de ses élèves au profit de l'enseignement collatéral.

Voilà, si nous avions l'honneur d'appartenir à cette Faculté, ce qui diminuerait un peu notre confiance et notre sécurité à l'égard de l'enseignement libre. On tombe toujours du côté où l'on penche. Quoi qu'on dise et qu'on fasse, la clinique sera toujours la base de la médecine la plus large et la plus solide. Que la clinique ne puisse et ne doive emprunter des secours et des lumières aux sciences collatérales, qui le conteste ? Mais ce n'est pas au premier rang qu'il faut placer ces sciences collatérales, et si vous exigez que vos élèves soient des physiciens complets, des chimistes profonds, des histologistes savants, des physiologistes consommés, des micrographes accomplis, où voulez-vous qu'ils trouvent le temps d'étudier la clinique ?

Mais cela se fait en Allemagne, objecte-t-on, et voyez à quel degré d'élévation est arrivée la biologie, avec quelle perfection on se sert, outre-Rhin, de toutes les méthodes et de tous les procédés d'étude ! Oui, bien ; mais où en est l'Alle-

magne en médecine proprement dite, en clinique, en diagnostic, en thérapeutique? L'un des plus chauds excitateurs des nouvelles méthodes d'étude, celui-là même qui, de retour d'une visite exploratrice dans les Universités allemandes, vient de publier une brochure remplie de renseignements pleins d'intérêt et portant ce titre expressif : *De la Réforme des études médicales par les laboratoires*, M. le docteur Lorain commence son exposition par la déclaration suivante :

« Les Français n'ont pas la même manière de comprendre » la médecine que les Allemands. En France, on vise à la » clarté dans le diagnostic et à la simplicité dans les moyens » thérapeutiques. On agit un peu plus en artistes qu'en savants. » On voit l'ensemble du malade, on juge de ses aptitudes phy- » siques, on devine ce qui ne peut être prouvé, et il y a au- » tant de bon sens que de science dans notre pratique médi- » cale. La thérapeutique tend à se réduire, chez nous, à sa » plus simple expression, qui est l'hygiène. Quelques spéci- » fiques bien connus et incontestés, quelques remèdes s'adres- » sant à des fonctions bien déterminées qui doivent être exci- » tées ou calmées, suffisent à notre caractère, où le scepticisme » s'allie à la prudence. Quant aux grandes théories, aux vues » spéculatives, aux grands appareils, le temps en est passé. Je » pense que, de toutes les médecines, la médecine française est » la moins nuisible. »

Nous pourrions déjà nous contenter de cette déclaration. Mais voici le parallèle avec la médecine allemande; il est fort curieux :

« La médecine allemande est plus savante que la nôtre, et » elle a des visées plus hautes, mais elle s'embarrasse dans les » difficultés d'un diagnostic compliqué, où les détails nuisent » à l'ensemble, et sa thérapeutique est le triomphe de la » polypharmacie, ce qui n'est pas un mérite. »

Cet aveu précieux ne doit pas être perdu, et si c'est à ces

conséquences que doit aboutir le mérite fait par l'auteur aux Allemands d'étudier mieux que nous l'anatomie pathologique, l'histologie, la physique et la chimie médicales, la physiologie expérimentale, et d'avoir compris mieux que nous et avant nous l'utilité des laboratoires, il faut conclure qu'au point de vue de la médecine pratique, la France aurait bien tort de changer ses méthodes d'étude et d'enseignement.

IV

Dans les institutions médicales, nous n'avons à signaler que la session, tenue à Paris, du congrès médical international, qui, sans avoir répondu à toutes les espérances, n'en a pas moins été un événement important et dont le maintien est désirable. Le *Dictionnaire* rappelle et indique toutes les questions intéressantes qui ont été discutées dans cette grande assemblée, et toutes les communications scientifiques et pratiques qui y ont été faites. Elles ont été nombreuses, trop nombreuses peut-être, et nous croyons que plus de sobriété soit dans le programme, soit dans l'initiative individuelle, eût donné plus d'éclat et de solidité aux actes de cette réunion mémorable.

Trois ou quatre questions, choisies dans les sujets qui, à un intérêt scientifique et médical, réuniraient un grand et véritable intérêt social, suffiraient amplement pour défrayer les séances d'un congrès. Un congrès médical international doit être surtout un congrès de médecine sociale. On peut abandonner les séances supplémentaires aux initiatives privées et spontanées. Aux séances solennelles ne doit intervenir que la science générale, cosmopolite, celle qui prend ses éléments dans le temps et dans l'espace, et qui tire les inductions de

l'observation faite sous tous les climats, toutes les latitudes, toutes les civilisations.

Le congrès international de 1867 a été le premier essai d'une grande et libérale idée ; il serait injuste de trop insister sur ses imperfections, mais il ne serait pas raisonnable de les nier et de ne pas chercher à les éviter pour l'avenir.

V

Les questions professionnelles les plus intéressantes qui aient été agitées dans le courant de l'année dernière sont : la question toujours émouvante de la responsabilité médicale, et celle toujours à l'ordre du jour de l'association.

Un grave procès, intenté à un honorable confrère du département de la Moselle, qui, condamné en première instance à 12 000 francs de dommages-intérêts, a été relaxé en cour impériale, grâce à l'énergique et efficace intervention de l'Association et de la Société de médecine de ce département, a été l'occasion d'une exposition nouvelle des principes et de la jurisprudence qui doivent, à notre sens, être toujours présents à l'esprit des médecins. Nous demandons la permission de rappeler en quelques mots ces principes et cette jurisprudence consacrés par plusieurs arrêts de la Cour de cassation (1).

(1) Les articles que nous avons publiés sur ce sujet (*Union médicale*, n° 144, 1867, et n° 8, 1868) viennent, nous dit-on, d'être l'objet d'une critique acerbe dans un journal de médecine. Nous n'avons pas lu cette critique. Nous ne demandons pas à nos adversaires de la bienveillance, mais nous pourrions leur demander au moins un peu de décence. D'après ce qui nous a été dit, cette critique laisserait tout à désirer sous ce rapport, et dès lors nous n'avons pas voulu la connaître.

Le principe de l'irresponsabilité absolue des médecins vis-à-vis de leurs malades n'est écrit nulle part, nulle part n'est reconnu et n'a été accepté par aucun tribunal, car il ne repose sur aucun texte formel de la loi.

Les médecins ne peuvent donc pas arguer d'une exception en leur faveur aux principes généraux sur la responsabilité, qui sont formulés dans les articles 1382 et 1383 du code Napoléon.

Si les médecins ne peuvent donc pas invoquer le principe de l'irresponsabilité absolue, on ne peut non plus leur appliquer le principe de la responsabilité indéfinie, car avec ce principe l'exercice de la médecine serait impossible.

Quelles sont donc les limites de la responsabilité médicale? Où commence-t-elle? où finit-elle?

Ces questions nous semblent avoir été très-lucidement résolues dans les conclusions posées devant la cour impériale de Metz, par M. l'avocat général portant la parole dans l'affaire dont nous parlions tout à l'heure. Empruntons-lui quelques traits de cette lumineuse discussion :

« Pour déclarer un médecin responsable, il faut que la faute à lui imputée soit palpable, évidente, incontestable. Par exemple :

» Un officier de santé fait-il, sans l'assistance d'un docteur, une grande opération chirurgicale suivie d'accidents graves, il est en contravention à la loi, il est responsable (art. 29, lo du 19 ventôse an XI).

» Un docteur en médecine abandonne-t il son malade sans motifs sérieux; un chirurgien fait-il une opération en état d'ivresse, tous deux sont responsables. Ce sont là des fautes de l'homme plutôt que des fautes du médecin.

» De même, un médecin a-t-il commis dans une ordonnance une erreur matérielle, prescrit une substance pour une autre, négligé d'indiquer les précautions nécessaires pour

l'administration de ses remèdes, ou bien enfin montré une complète ignorance des procédés élémentaires de l'art ; dans tous ces cas il sera responsable.

» Mais, au contraire, s'il y a doute sur l'existence de la faute, sur la cause des accidents qui se sont produits, sur la cause du dommage causé ; si cette question de l'existence de la faute soulève des difficultés scientifiques, des controverses médicales ; alors, pas de responsabilité, pas de condamnation possible.

» On ne peut pas supposer la faute ; on ne peut pas, on ne doit pas condamner pour une faute douteuse, même probable, mais non démontrée.

» Tel doit être le principe régulateur dans toutes les affaires comme celle que vous avez à juger en ce moment.

» Responsabilité des médecins, conformément au droit commun, pour toutes leurs fautes, pour leur imprudence, leur négligence, sous cette unique condition que la faute, que l'imprudence, que la négligence, soit établie de manière à ne permettre aucun doute aux magistrats.

» C'est là, Messieurs, la doctrine de la Cour de cassation ; c'est surtout la doctrine qu'a développée avec tant d'éclat devant la Cour suprême le procureur général Dupin, le 18 juin 1835, en demandant le maintien d'une condamnation prononcée contre un docteur en médecine qui, pratiquant une saignée, avait fait à l'artère brachiale une piqûre dont la conséquence avait été de rendre nécessaire l'amputation du bras.

» Voici ce que disait M. Dupin, au début de son réquisitoire, pour démontrer la nécessité sociale de la responsabilité des médecins et la limiter en même temps dans de sages proportions :

« Si le *simple défaut de science* ou le *défaut de succès* ne » suffisent pas pour motiver une action contre les médecins, il » peut se rencontrer des circonstances où le *dol*, la *mauvaise*

» *foi*, une *pensée criminelle*, une *négligence inexcusable* et
» d'autres faits du même genre, entièrement séparés de la ques-
» tion médicale, constituent, de leur part, un manquement aux
» devoirs de leur état, *tel qu'on ne pourrait proclamer en*
» *pareil cas l'irresponsabilité de l'homme de l'art, sans*
» *mettre en péril le reste de la société.*

» *Dans ces circonstances rares*, mais qui peuvent se pré-
» senter quelquefois, si le médecin est traduit devant les tribu-
» naux, on ne doit pas dire que sa réputation est à leur merci ;
» seulement, ses actes sont soumis à leur équitable apprécia-
» tion, comme le sont les actions de tous les autres citoyens,
» *quels que soient d'ailleurs leur état et leur condition.* »

» Plus loin, dans ce même réquisitoire, M. Dupin précisait mieux encore sa pensée :

« Dans la responsabilité, telle que l'entend la loi civile, il
» ne s'agit pas de capacité plus ou moins étendue, de talent plus
» ou moins brillant, plus ou moins solide ; mais seulement de la
» garantie contre l'imprudence, la négligence, la légèreté ou une
» ignorance aussi des choses qu'on devait nécessairement savoir
» et pratiquer dans sa profession. Les tribunaux sont là pour
» apprécier les faits ; et pour qu'un homme puisse être déclaré
» responsable des actes de sa profession, il faut qu'il y ait une
» *faute* dans son action, c'est-à-dire il faut qu'il lui ait été pos-
» sible, avec plus de vigilance sur lui-même ou sur ses actes,
» de s'en garantir, ou que la faute qui lui est reprochée soit
» telle qu'il soit tout à fait *inexcusable* de l'avoir commise. »

» Ainsi, vous le voyez, Messieurs, d'après M. Dupin, une faute *inexcusable, un fait de négligence, de légèreté, d'ignorance* IMPARDONNABLES (dit-il dans un autre passage), voilà ce qui est nécessaire pour engager la responsabilité d'un médecin à l'égard de son client.

» Dans les autres cas, pas de responsabilité, pas de condamnation possible.

» Pas de condamnation, notamment s'il s'agit d'un fait exclusivement réservé aux doutes et aux discussions de la science.

« En effet, devant les tribunaux », dit encore M. Dupin, « il » ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à » propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires » ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle » opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence » ou non à la hasarder, adresse ou malhabileté à l'exécuter, » si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel autre pro- » cédé, elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions » scientifiques à débattre entre les docteurs, et qui ne peuvent » constituer des cas de responsablité civile ni tomber sous » l'examen des tribunaux.

» . . . . Assurément, il serait injuste de prétendre qu'un » médecin ou un chirurgien répondent indéfiniment des ré- » sultats qu'on voudrait attribuer à l'ignorance ou à l'impé- » ritie; mais, réciproquement, il serait injuste et dangereux » pour la société de proclamer, comme un principe absolu, » qu'en aucun cas ils ne sont responsables de l'exercice de » leur art. Un jugement qui se serait décidé pour l'une » ou l'autre de ces deux questions ne pourrait échapper » à la cassation. Mais si la vérité n'est dans aucun de ces deux » extrêmes, elle se trouve dans le juste milieu qu'il faut garder » ici comme en bien des circonstances. Non, le médecin, le » chirurgien, ne sont pas indéfiniment responsables. Mais ils » le sont quelquefois. Ils ne le sont pas toujours, mais on ne » peut pas dire qu'ils ne le sont jamais.

» ..... C'est au juge de saisir et déterminer la limite de » cette responsabilité, dans chaque espèce, selon les faits et » circonstances qui peuvent varier à l'infini, avec discerne- » ment, en laissant à la science toute la latitude dont elle a » besoin, mais en accordant à la justice et au droit commun » tout ce qui leur appartient..»

» Je ne puis, Messieurs, rien ajouter à ces dernières paroles de l'illustre procureur général de la Cour suprême. »

Une règle de conduite découle de ces considérations.

Le médecin attaqué en responsabilité médicale doit éviter, selon nous, de s'abriter sous le principe absolu de l'irresponsabilité, qui n'est écrit nulle part et n'est admis par la justice à aucun degré. Il doit rester sur le terrain du fait incriminé, et chercher à prouver par tous les moyens possibles qu'il n'est coupable ni de faute lourde, ni d'ignorance, ni d'imprudence, ni de négligence, ni d'abandon du malade, seules circonstances qui peuvent, selon la jurisprudence consacrée, entraîner sa responsabilité.

C'est dans ces circonstances, d'ailleurs, — et l'année dernière en a fourni plusieurs exemples, — que l'Association générale démontre sa raison d'être, son action, son influence et son efficacité protectrice. Aussi, par qui est-elle attaquée? Par un infiniment petit groupe d'écrivains, presque tous étrangers à la profession et qui réclament la liberté de la profession, la liberté et l'impunité de l'exercice illégal, et qui s'indignent que, dans un intérêt social bien plus que professionnel, l'Association poursuive l'illégalité médicale sous toutes ses formes, et revendique les droits si chèrement payés par les médecins. Dans l'année qui vient de s'écouler, et surtout pendant ces derniers mois, l'Association générale a été en butte aux attaques les plus violentes et les plus injurieuses. Ses ennemis ont cru l'occasion favorable, et la mort à jamais regrettable de son illustre chef, M. Rayer, a été pour eux comme le funèbre signal de la mort de l'Association tout entière.

Cris impuissants! fureur bizarre!

Et nous ajouterons : bienfaisante violence, car il semble que depuis cette explosion d'attaques, l'Association générale

se soit affermie de plus en plus, et que le lien qui unit aujourd'hui presque toute la famille médicale française, se soit plus étroitement resserré.

De sorte qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de ces folles critiques, ni surtout d'y répondre.

Amédée Latour.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1867

A

ABCÈS. En mettant hors de doute que des substances portées dans leur cavité sont absorbées, M. Demarquay a fait entrevoir les avantages thérapeutiques et aussi les dangers qu'il y a dans cette introduction des médicaments. — V. Plaies.

Abcès par congestion. *Acide phénique.* M. le professeur Lister (de Glasgow) en a étendu et modifié les applications. Pour prévenir l'entrée de l'air dans l'intérieur de ces abcès et comme antiseptique, il en recouvre l'ouverture, à mesure qu'elle est pratiquée, d'un linge imbibé d'une mixture de 1 partie d'acide carbolique ou phénique cristallisé et bouilli dans 4 parties d'huile de lin. Au besoin même, il en intercepte les lèvres pour empêcher leur réunion, et injecte même ce mélange à l'intérieur en l'affaiblissant s'il est nécessaire. Par ce moyen, il a vu, dit-il, des abcès volumineux tenant à la carie des vertèbres, du genou, du coude, de l'épaule, etc., se tarir complétement, comme il en rapporte un exemple chez un jeune homme de vingt-cinq ans. (*Lancet*, juillet.)

De quelle utilité est ici l'addition de l'huile? Ce n'est pas d'aujourd'hui que les chirurgiens ont recours à l'acide phénique,

soit pur, soit dilué, comme antiseptique. Mais la liqueur de Villate, employée avec tant de succès contre la carie, semble bien plus sûre dans son action résolutive. La méthode du chirurgien anglais est donc d'une faible importance aussi bien dans ce cas que dans les fractures comminutives, quand elles se compliquent de plaies communiquant avec le foyer. En interceptant le contact immédiat de l'air, ce moyen lui paraît devoir prévenir la formation du pus et consécutivement la résorption purulente. (*Idem*, mars et avril.) Mais on se demande si l'occlusion est parfaite avec ce linge huilé et phéniqué, et si un taffetas ne serait pas préférable pour remplir cette indication.

Abcès fistuleux. *Liqueur de Villate.* En affaiblissant la causticité de cette liqueur par l'étendue du véhicule, M. le docteur Lorange, médecin de l'hôpital prussien de Saint-Jean, à Beyrouth, en a étendu l'emploi avec avantage aux abcès fistuleux chroniques, ainsi que treize observations sommaires en déposent. Dans la plupart, il est vrai, une carie y donnait lieu et les entretenait, ce qui rentre dans l'indication si justement formulée par le docteur Nolta, pour l'emploi de cette liqueur. (Voyez *années* 1864 et 1866.) Mais en voici au moins un où cette complication n'existait pas et qui montre l'utilité d'en étendre l'usage aux abcès simples.

Un homme de quarante ans entre à l'hôpital de la Charité de Bahia, service du docteur Caldas, le 16 août 1866, présentant à la partie supéro-antérieure de la cuisse gauche, au-dessous de l'arcade crurale, une tumeur du volume d'une grosse orange, molle, avec fluctuation équivoque très-douloureuse, surtout à la pression. Son apparition remonte à six mois. Une petite cicatrice à la partie inférieure résulte d'un abcès semblable, c'est-à-dire de nature scrofuleuse, ouvert un an auparavant à l'hôpital. Dès lors, un traitement interne et externe est appliqué, et le 28 l'abcès ouvert.

La suppuration séro-purulente, très-abondante, n'ayant pas changé un mois après, malgré les injections iodées, on y substitua le vinaigre de Villate, qui, par l'intermédiaire d'une sonde flexible, parvint dans toutes les sinuosités du foyer. Une vive douleur en résulta, qui obligea d'attendre quelques jours avant de renouveler ces injections. Bientôt l'écoulement diminua en présentant les caractères du pus phlegmoneux, et le 18 octobre le foyer était complétement tari, si bien que l'opéré

quitta l'hôpital le 20. (*Gazeta med. da Bahia*, n° 10, et *Union méd.*, n° 27.)

Mieux que les onguents stimulants, les liquides excitants et substitutifs, cette liqueur peut donc modifier la suppuration et la tarir.

Abcès métastatiques. Suivant une interprétation ingénieuse, M. le docteur Robert de Latour en explique le mode de formation d'une manière toute simple. — Voy. Péritonite.

Abcès rénaux. — Voy. Reins.

Abcès hépatiques. — Voy. Foie.

Abcès intra-utérin. Dans un cas de présentation de la face chez une primipare de dix-sept ans, accouchée à terme d'un garçon à l'infirmerie *Ticehurst Union*, M. Taylor constata à la partie inférieure du cou de l'enfant un gonflement considérable qu'il rapporta à l'hypertrophie du thymus. Celui-ci diminua en effet quelques jours après la naissance. Mais il observa également sous la branche horizontale du maxillaire inférieur droit, une cicatrice d'un pouce et demi de long qui était très-apparente; aux deux extrémités existait un pertuis fistuleux donnant issue à un liquide sanieux, tandis que la partie intermédiaire était un tissu dense, fibroïde. Un érysipèle survint bientôt et envahit la face du côté malade; le tissu cicatriciel se gonfla, se souleva comme les autres, et plusieurs petits abcès se formèrent dans le voisinage. Mort au quatorzième jour de la naissance. (*British med. Journ.*, novembre.)

En raison de l'absence d'antécédents syphilitiques chez la mère et de traces de syphilis congénitale chez l'enfant, M. Taylor considère cette cicatrice sous-maxillaire comme le résultat d'un abcès s'étant formé et ouvert pendant la vie intra-utérine.

ABSORPTION. Physiologie. Suivant M. L. Letzerich, ce ne serait ni la cellule épithéliale des villosités de l'intestin grêle, ni l'épithélium lui-même qui absorberaient les substances alimentaires grasses et albuminoïdes, comme on l'admettait.

Les recherches anatomiques lui ont montré de petits utricules arrondis, piriformes, à contours nets pourvus d'une ouverture très-nettement limitée, décrits jusqu'ici comme des va-

cuoles existant à la surface des villosités, entre les cellules épithéliales, comme chargés de cette importante fonction. Leur aspect varie : sphériques chez l'homme et chez le cochon, piriformes chez le chat et le chien, ils sont fusiformes chez la grenouille, etc. En se prolongeant sous forme de canalicules, ils traversent les villosités pour s'aboucher avec le lymphatique central. Les utricules et les canalicules sont remplis de granulations graisseuses lorsque l'animal digère de la graisse. (*Arch. de Virchow*, 1866.)

Le mécanisme de la résorption est dès lors facile à comprendre et à expliquer. Reste à vérifier si c'est bien là un organe spécial, distinct de la cellule épithéliale cylindrique. Sur des organes si déliés que le microscope est nécessaire pour les distinguer, il est bien permis de concevoir des doutes.

Ces doutes étaient si légitimes devant les hardiesses trop empressées des jeunes micrographes, que M. Sachs, en vérifiant ces recherches, a conclu que ces vacuoles sont produites artificiellement et ne sont qu'un état de l'épithélium cylindrique. Ils ont été vus par bien des auteurs et constatés sur d'autres muqueuses, la trachée et les bronches et même dans l'épithélium. Chez les chiens à la mamelle, la graisse est distribuée également à l'intérieur de toutes les cellules cylindriques. Rien ne paraît donc moins démontré que cette nouvelle voie d'absorption des substances grasses et albuminoïdes. (*Idem*, 1867.)

Absorption cutanée. Le pharmacien-major M. Roussin, dont le talent d'expérimentation est bien connu, semble avoir trouvé le secret de cette fonction mystérieuse et expliqué les contradictions qui règnent à cet égard. Tandis qu'il est bien reconnu, en effet, que la peau est perméable aux gaz et aux vapeurs, comme aux diverses substances actives que l'on y applique mélangées à la graisse ou aux emplâtres, exemples : l'application de la pommade mercurielle déterminant la salivation, celle d'iodure de potassium, suivie après quelques heures de l'apparition de l'iode dans les urines ou la salive, celle de belladone ou d'atropine déterminant rapidement la dilatation pupillaire, etc., etc., il est également certain que des hommes et des femmes ont pu séjourner pendant plusieurs heures dans un grand bain contenant 200 à 400 grammes d'iodure de potassium, sans qu'aucune trace d'iode ait été décelée dans les urines, et de même dans un bain de bichlorure de mercure sans

salivation consécutive. En répétant ces dernières expériences sur lui-même et sous différentes formes avec l'iodure de potassium à haute dose, M. Roussin n'a jamais trouvé d'iode dans ses urines lorsqu'il l'employait en solution ; tandis que sous forme sèche, soit en poudre, soit en laissant dessécher la solution sur la surface cutanée, celle-ci apparaissait bientôt. Ces résultats ont été constants en variant de diverses manières ces expériences curieuses.

La cause de cette réfraction de la peau pour l'eau est, d'après M. Roussin, dans l'enduit sébacé gras qui enduit l'épiderme ainsi que les conduits déliés, les parties chargées de la pénétration et qui s'oppose à ce que l'eau la pénètre. Les lavages préalables à l'éther et à l'eau de savon pour la débarrasser de cet enduit gras en l'émulsionnant, n'ont donné que des résultats négatifs précisément en ce qu'ils ne peuvent l'atteindre dans les profondeurs de ces conduits déliés. D'où cette conclusion que la peau revêtue de son épiderme n'étant pas mouillée par l'eau, alors même qu'elle a été préalablement savonnée, ne peut livrer passage à ce liquide par une infiltration capillaire, ni aux substances qui y sont dissoutes. L'absorption des corps gras s'explique ainsi parfaitement au contraire, ainsi que les substances qu'ils entraînent avec eux. L'absorption des matières pulvérulentes sèches s'expliquerait même ainsi. Pénétrées peu à peu par la matière grasse épidermique qui leur servirait ainsi d'excipient ou plutôt d'intermède, elles forment une véritable pommade avec cet enduit, et se trouvent dès lors dans les meilleures conditions de pénétration capillaire. Des frictions et le contact, le frottement des vêtements la favorisent beaucoup.

La glycérine en ne dissolvant pas les matières grasses et n'étant pas dissoute par elles, ne saurait servir à l'absorption cutanée.

De là les conclusions suivantes :

1° La peau humaine, revêtue de son épiderme, ne pouvant être mouillée par l'eau, ne peut absorber et n'absorbe en réalité aucune particule d'eau liquide, soit pure, soit tenant en dissolution des substances étrangères ;

2° L'absorption par la peau et le passage dans l'économie des substances salines ou autres, en dissolution dans l'eau, est complétement impossible tant que l'homme, savonné ou non préalablement, reste plongé dans le bain ;

3° L'enduit gras qui recouvre la peau ne permet d'autre

pénétration et d'autre absorption cutanée que celle qui se produit par l'intermédiaire d'un véhicule gras, ou plus généralement par l'intermédiaire d'un véhicule capable de mouiller réellement la peau;

4° Le contact direct avec la peau d'une matière saline très-divisée, simplement appliquée au pinceau, adhérente aux vêtements, ou résultant de l'évaporation à la surface du corps d'une solution aqueuse de cette substance, est suivi d'une absorption certaine, par l'effet seul de la présence de l'enduit gras sébacé qui pénètre et dissout sur place cette poudre elle-même et la met dans les conditions nécessaires à la progression capillaire. (*Mém. de méd. et chirur. militaires*, février.)

M. Ch. Hoffmann, de son côté, a obtenu des résultats contradictoires qui infirment les précédents. Il a pris pendant plusieurs semaines, avec des intervalles de deux à quatre jours, des bains composés avec diverses substances, en lavant tout son corps avec de l'eau ordinaire tiède après chaque bain. Aucune écorchure de l'épiderme ne pouvait amener une absorption plus prompte ou spéciale pendant ces expériences.

Ainsi, en quarante-quatre jours, il a pris seize bains composés chacun, pour 300 litres d'eau, de 250 grammes de feuilles de digitale. Après le troisième bain seulement, il a commencé à ressentir un malaise particulier, propre à l'action du médicament, en même temps que le pouls subissait un ralentissement de 4 à 5 pulsations par minute, et cet état a persisté pendant plusieurs heures. Au huitième bain, le malaise a augmenté et le pouls, de 68 pulsations à l'ordinaire, n'en a plus accusé que 61. Enfin, après le seizième bain, il n'était plus qu'à 48 pulsations. Donc, l'absorption des principes actifs de la digitale avait eu lieu, mais d'une manière lente et progressive.

Tous les trois jours, pendant un mois et demi, il a pris un bain avec 50 grammes d'iodure de potassium. Dès le cinquième, il a constaté la présence de l'iodure de potassium dans son urine, et cet état a même persisté douze jours après tout traitement. Évidemment, si l'absorption avait été lente à se produire, l'excrétion se faisait non moins lentement.

D'après des dosages répétés pendant quatre jours de suite, l'urine du jour et de la nuit contenait en moyenne des chlorures correspondant à $2^{gr},15$ de chlore par litre de liquide.

Soumis pendant un mois, tous les trois jours, à une série de bains composés avec 5 kilogrammes de sel marin, cet expérimentateur a vu s'élever la dose du chlore dans l'urine à 2gr,58 après le troisième bain ; après le septième bain, elle s'élevait à 2gr,98, et enfin, après le dixième et dernier bain, à 3gr,47. Est-il possible, d'après cela, de nier l'absorption des chlorures par la peau, lorsque les malades sont soumis à l'action, soit des bains minéraux, soit des bains de mer ?

M. Hoffmann conclut que les agents chimiques et autres, dissous dans l'eau, pénètrent très-lentement, mais d'une manière manifeste, dans l'économie par la voie du tégument externe, et en sont éliminés lorsque le sang et les autres liquides en sont saturés ; que tous les agents médicamenteux ne sont pas absorbés par la peau au même degré ; et que les résultats contradictoires obtenus jusqu'ici proviennent uniquement de ce que les expériences n'ont pas été poursuivies pendant un temps assez long. (*Acad. des sc.*, avril.)

Une nouvelle voie d'absorption thérapeutique, ouverte par M. le docteur Dufay (de Blois) démontre péremptoirement l'absorption cutanée. Le procédé qui en résulte est assez curieux. Ayant éprouvé, en faisant des expériences photographiques, un goût de vinaigre dans la bouche très-peu de temps après s'être versé sur les doigts une petite quantité du bain révélateur qui contient de l'acide acétique, de même qu'une saveur douceâtre après avoir manipulé la solution d'hyposulfite de soude, il essaya cette voie pour l'absorption du sulfate de quinine, chez une malade atteinte de névralgie intermittente et de gastralgie, qui avait vainement employé les frictions sous l'aisselle.

A cet effet, il conseilla de ramollir préalablement l'épiderme de la face palmaire des mains par un manuluve tiède. Il fit verser ensuite dans la paume de la main une cuillerée d'eau contenant 1 gramme de sulfate acide de quinine en dissolution et frotter les deux mains l'une contre l'autre jusqu'à ce que la peau ait absorbé cette quantité de liquide, ce qui eut lieu en deux ou trois minutes.

Une heure après, les vertiges et les bourdonnements d'oreilles tourmentaient la malade, mais la névralgie ne revint pas.

Deux autres frictions assurèrent la guérison. Dix fois depuis, M. Dufay a eu recours au même procédé, même sans contre-

indication de la voie gastrique, et l'effet physiologico-thérapeutique n'a jamais manqué. (*Gaz. hebdom.*, mai.)

Les cas sont fréquents où l'on peut vérifier ce nouveau mode d'absorption, et s'il se réalise, l'absorption cutanée, mise en doute, sera clairement démontrée une fois de plus.

Absorption des plaies et des abcès. — Voy. PLAIES.

Absorption saturnine. — Voy. COLIQUES.

Pour en comparer la puissance et la rapidité par les divers tissus, M. Demarquay s'est servi de l'iodure de potassium dont la présence se décèle facilement dans l'urine et la salive avec une solution d'amidon (le chlore et le sulfure de carbone sont des réactifs préférables).

Muqueuses. Au-dessus de 5 centigrammes, l'iodure, introduit sur la muqueuse digestive, décèle sa présence après neuf à quinze minutes, sauf de rares exceptions. Elle est seulement de deux à sept minutes par le rectum suivant la loi établie. Par la vessie, au contraire, on ne trouve des traces d'iode dans la salive qu'après trente à quarante minutes. La muqueuse vaginale, du gland et du prépuce, absorbent lentement, mais il en faut tenir compte dans les expériences d'absorption cutanée. Par les bronches, à l'aide d'un pulvérisateur, l'iode est apparu cinq à six minutes après dans l'urine, ce qui ne peut être attribué à l'eau ingérée, puisqu'il n'apparaît que plus tard par l'estomac.

Le badigeonnage d'une certaine étendue de peau avec l'iode, en faisant apparaître celui-ci dans l'urine d'une personne couchée dans la même chambre et qui a respiré l'odeur de l'iode, confirme d'ailleurs l'absorption bronchique, et montre qu'il est préférable d'attribuer cette absorption chez le sujet même à cette voie évidente qu'à celle de la peau encore douteuse.

Séreuses. Absorption rapide.

Peau. Des bains entiers donnés dans seize cas n'ont produit que huit fois des résultats positifs, mais aussi faibles qu'avec quelques centigrammes d'iodure par l'estomac. Il y a donc lieu de se demander si elle ne résulte pas de l'absorption du gland,

du prépuce ou du vagin. Cependant l'absorption en pommade, quoique très-faible, justifie l'interprétation contraire. (*Acad. de méd.*)

C'est par la muqueuse olfactive que M. Raimbert cherche à ouvrir une autre voie aux médicaments dans certaines maladies des yeux et du cerveau. Instruit de sa puissance d'absorption par l'histoire des sternutatoires et la rapidité de la salivation après quelques jours d'inhalation d'une poudre au calomel contre l'ozène, il a traité avec succès par cette voie la grippe, le coryza, des névralgies sus-orbitaires et faciales, la céphalalgie, la photophobie, en faisant inhaler la poudre suivante :

℞ Chlorhydrate de morphine...........	5 centigr.
Sucre.........................	10 grammes.

Selon l'intensité de la douleur. (*Acad. des sc.*, juillet.)

ACCLIMATEMENT. On le confond souvent, dit M. Simonnot, avec l'acclimatation qui est l'accommodation des êtres vivants, végétaux ou animaux, à un milieu autre que celui où ils ont pris naissance, tandis que l'acclimatement en est l'effet positif. L'un et l'autre dépendent moins du degré de la température que d'un ensemble de conditions atmosphériques et telluriques particulières. Ainsi le miasme palustre est le plus grand obstacle à l'acclimatement des races européennes ; partout où il existe, celui-ci est impossible. Il leur faut anéantir l'impaludation ou être anéanti par elle.

Les climats chauds ne sont pas aussi mortels aux Européens, en raison des facilités d'en atténuer les mauvais effets. L'acclimatement s'est ainsi réalisé pour les Espagnols et les Portugais. (*Congrès intern.*)

ACCOUCHEMENT. Une nouvelle théorie physiologique en est formulée par M. Martinelli. Fondé sur la plus grande mobilité des différentes pièces du bassin pendant la grossesse, la laxité de ses articulations, notamment des symphyses sacro-iliaque et pubienne, il a été conduit à supposer et admettre que cet écartement, qui peut atteindre 10 ou 12 centimètres, se produisait pour l'accommodation de la cavité du bassin au volume de la tête fœtale, et qu'au lieu de s'expliquer par l'écartement de la ligne

blanche ou les efforts expulsifs, cet écartement a pour agents actifs le droit antérieur et le grand oblique de l'abdomen ainsi que les adducteurs de la cuisse, muscles qu'il appelle à cet effet abducteurs du pubis. La conséquence pratique de cette théorie, c'est de renforcer l'action de ces muscles dilatateurs au moment de l'accouchement avec les doigts introduits dans la cavité du bassin ou appliqués à la face interne des pubis ou de leur branche descendante, en exerçant à chaque contraction utérine une pression excentrique plus ou moins puissante qui peut suffire à l'accommodation du bassin et remplacer dans bien des cas l'action instrumentale. (*Acad. de méd.*, février.)

Expressio fœtus. Sous ce titre singulier, M. le docteur Kristeller (de Berlin) décrit un nouveau procédé de manœuvres externes qui, sous le nom d'expression, de compression, ou mieux, d'*expressio fœtus*, ne tend rien moins qu'à remplacer le seigle ergoté et le forceps pour opérer pendant le travail l'expulsion du fœtus. Il consiste à saisir exactement la matrice isolée avec les mains, et, après l'avoir placée dans l'axe du détroit inférieur, si elle est inclinée, on frotte les parois abdominales contre l'utérus, puis on exerce une pression graduée, une compression légère et progressive dirigée du haut en bas et portée à son summum en cinq à huit secondes pour diminuer ensuite. On recommence après une pause de une à trois minutes, selon la période du travail, la gravité du cas et la sensibilité de la femme, en portant successivement la compression sur des parties différentes. Elle doit porter sur le corps tant que la dilatation n'est que de 5 centimètres, mais plutôt sur le fond quand elle est plus considérable. Il ne faut pas craindre de répéter cette manœuvre jusqu'à 40 fois en mettant quelques intervalles. Souvent on réussit très-promptement à provoquer l'expulsion, notamment chez les multipares dont les parois abdominales sont bien relâchées et sur lesquelles on peut surtout étudier ce procédé. Quand 20 à 30 compressions n'ont amené aucun résultat, on doit s'abstenir en jugeant que le procédé n'est pas applicable.

Il peut être employé dans toutes les présentations normales, quand les contractions sont faibles, nulles, irrégulières ou tétaniformes. On peut d'ailleurs combiner l'extraction avec ces manœuvres d'expression quand on est plusieurs. 27 applications en ont été faites jusqu'ici : 5 fois à la clinique du professeur Martin et 1 fois à l'hôpital de la Charité de Berlin ; 1 autre fois

à Leipsig et 1 fois à New-York, dans une présentation du siége. Restent les 22 cas particuliers à l'auteur, savoir : chez 5 primipares et 17 multipares, en faisant usage 16 fois de l'expression exclusive et en la combinant avec d'autres moyens dans les 6 autres cas.

8 fois les enfants se sont présentés par le siége et 13 fois par le sommet; 3 enfants étaient avant terme et morts avant l'expression ; tous les autres sont bien portants, ainsi que leurs mères.

Ce sont donc là de véritables encouragements pour ce nouveau procédé et qui feront attendre impatiemment de plus amples détails sur ses indications et son emploi. Sans contredit, il n'est pas toujours applicable, car l'extrême sensibilité du ventre au moindre attouchement chez certaines femmes en travail s'y oppose formellement.

Injections hypodermiques de morphine. Comme modérateur des douleurs et surtout des contractions spasmodiques, M. le professeur Lébert les croit préférables aux inhalations anesthésiques. Expérimentées à la clinique du professeur Bestchler, elles furent beaucoup mieux supportées par les femmes en travail que dans l'état de santé. Il injectait 15 à 20 gouttes d'une solution de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour 5 grammes d'eau à la face interne de l'avant-bras, et d'ordinaire un quart d'heure ou une demi-heure après, les douleurs étaient très-amoindries, autrement il répétait l'injection. Il choisissait la période de dilatation où les contractions deviennent très-douloureuses, de même quand le col est dur, rigide, contracté. Bientôt, il survient de la somnolence et même un sommeil tranquille, sans dégoût ni vomissements ou céphalalgie. Les contractions n'en furent ni accélérées ni ralenties et le passage de la tête fut beaucoup moins douloureux. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Complication des présentations de la tête. Le bras placé derrière l'occiput a été considéré par le professeur Simpson comme une simple difficulté de l'accouchement en augmentant d'autant le diamètre occipito-frontal. Cette difficulté est donc subordonnée suivant cette interprétation au volume de la tête, tellement que celle-ci étant peu volumineuse, l'obstacle a pu être franchi sans intervention de l'art. Mais cette complication rare constitue, suivant le docteur Playfair, un autre ob-

stacle bien plus redoutable par la fixation, l'arrêt du bras sur le bord de l'orifice pelvien au point d'enclaver la tête et de s'opposer absolument à son dégagement, même avec le forceps. C'est ainsi que le 6 janvier dernier, il dut recourir à la crâniotomie. La tête, en 3e position, presque au couronnement, immobile, n'avait pu être dégagée par deux applications successives de forceps faites par deux confrères différents. L'état précaire de la femme multipare, exigeant une prompte délivrance, fit appeler M. Playfair, qui trouva, en effet, la fontanelle antérieure derrière le trou ovale gauche, mais à un niveau plus bas que la postérieure. L'arcade orbitaire et la racine du nez étaient aisément atteintes avec l'index. Pensant que la difficulté venait du défaut de flexion du menton sur le sternum, il employa le levier pour corriger cette position et faciliter la rotation de la tête, mais en vain ; la tête ne bougea pas. Le forceps fut appliqué une troisième fois sans plus de succès. L'état de la femme commandant d'agir sans délai, la perforation du crâne fut pratiquée et néanmoins resta immobile même avec le crochet. L'index, en la contournant aussi haut que possible, ne rencontrait cependant aucun obstacle. Les os furent dès lors brisés et enlevés avec les téguments, et ce n'est que par la force de traction des doigts engagés dans les orbites que la face se montra et que la tête fut expulsée en deux douleurs.

C'est alors que le bras de l'enfant fut trouvé placé sur le cou en arrière, selon la manière décrite par sir J. Simpson, et vint rendre compte de cette difficulté extrême.

Le défaut de flexion ordinaire de la tête avait empêché de percevoir cette position, mais il devenait évident qu'engagé, pris comme un coin sur le bord du pelvis, la diminution du volume de la tête ne pouvait suffire à surmonter l'obstacle du bras dès qu'il n'était pas déplacé. Ce n'est qu'au dégagement de la face que, repoussé en haut par l'ascension correspondante de l'occiput, l'obstacle fut déplacé.

En pareil cas, le déplacement du bras et son extraction suffiraient donc probablement à assurer un accouchement naturel. A défaut de succès dans cette manœuvre, c'est à la version qu'il faudrait recourir. (*British med. Journal*, février.)

Déchirure du périnée. Afin de la prévenir, un praticien franc-comtois recommande le procédé suivant comme ayant toujours prémuni contre ce fâcheux accident.

L'accoucheur, placé en face de la femme, applique de chaque côté du bord de la vulve et sur sa commissure, les quatre doigts de chaque main qui, exerçant une pression qui repousse le périnée en arrière et un peu en bas, fait saillir le segment inférieur de la tête, qu'elle se présente en occipito-antérieure ou postérieure. Le périnée est ainsi parfaitement soutenu, la face onguéale des doigts relève contre le pubis la tête qui se dégage facilement sans déchirure ni contusion.

En abaissant la vulve, cette manœuvre abaisse en même temps l'axe de cette ouverture et la met plus en rapport avec la direction imprimée au fœtus par les contractions utérines. Elle substitue la dilatation verticale du périnée à la dilatation en avant ou à la propulsion, de manière qu'elle circonscrit entièrement la partie fœtale qui doit nécessairement traverser la vulve. (*Bull. méd. du Dauphiné.*)

Ce procédé n'est qu'une imitation de ce qui se produit naturellement En soutenant le périnée selon l'usage classique, on le repousse et lui-même s'efface devant la tête. Tout ce qui aide à ce mouvement est donc avantageux et cette manœuvre paraît ainsi utile.

Hémorrhagies. Pour avoir la mesure exacte de la quantité de sang qui constitue une hémorrhagie avant ou après l'accouchement, M. Guyon a fait recueillir avec soin et peser le sang perdu par les élèves sages-femmes de son service de l'hôpital Cochin. 54 observations ont donné une moyenne de 112 grammes, 19 fois le chiffre est resté au-dessous de 100 ; dans 4 cas, il n'y a eu que 30 grammes. On voit combien ces pertes normales sont peu considérables et sans rapport avec la quantité que feraient supposer les linges tachés et le liquide répandu.

Parfois aussi, cette quantité s'élève de 600 à 800 grammes, ce qui est une véritable complication du travail ; dès qu'elle s'élève à 300 grammes, on doit considérer cette perte comme un véritable accident; au-dessus on peut admettre qu'elle est normale et cela sans compter le sang qui peut s'écouler par l'extrémité placentaire, la division du cordon, lorsqu'elle n'est pas liée et qui s'élève de 50 à 100 grammes (*J. de méd. et chir. prat.*).

Cette détermination mathématique du sang perdu pendant l'accouchement, outre qu'elle est irréalisable dans la pratique civile, n'aurait guère d'utilité. Chaque praticien sait très-bien

évaluer à peu près cette quantité et estimer si quant à la constitution de la femme, à son état de santé, cela constitue ou non une hémorrhagie. Si 300 grammes et même moins ont tous les dangers de celles-ci pour une accouchée maigre, anémique, épuisée, 500 n'en auront aucun pour d'autres qui s'en trouveront même bien pour les suites. Tout chiffre fixe est donc arbitraire.

Un fait d'hémorrhagie interne par décollement du placenta relaté par le docteur Brunton à la Société obstétricale de Londres, offre, quant à l'exploration, un certain intérêt. Chez une femme à terme, dans le collapsus et presque sans pouls, faisant des efforts d'expulsion continus, il trouva, au toucher, les membranes tendues comme durant une contraction, sans aucun relâchement ni perte de sang. Mais la rupture des membranes amena un flot de sang suivi de l'enfant et de trois énormes caillots. La surface utérine du placenta formait le godet indiquant la pression du sang coagulé par son décollement au centre.

Les signes pathognomoniques de cet accident redoutable sont-ils toujours, comme dans ce fait, le collapsus et l'évanouissement persistant, avec douleurs expulsives continues et tension des membranes, comme le soutient M. Brunton? Évidemment non. La relation d'autres faits avec examen *post mortem* le démontre. Si un sentiment pénible, douloureux d'expulsion ou de dilatation de l'abdomen est un signe d'hémorrhagie utérine, il est loin d'être constant ; les douleurs expulsives continues et la tension des membranes peuvent même manquer alors qu'il y a une grande quantité de sang épanché ; une extrême prostration et la pâleur générale ont plus de valeur diagnostique suivant M. Graily-Hewit.

Dans le but de remplacer plus efficacement le ballon Gariel contre les hémorrhagies du col, M. Chassagny a imaginé un petit instrument en forme d'un double bouton de chemise. C'est un assemblage de deux ballons en caoutchouc placés l'un au-dessus de l'autre et n'adhérant ensemble que par un point de leur surface. On les introduit, l'un dans l'utérus, l'autre dans le vagin, puis on les gonfle en y insufflant de l'air au moyen de deux tubes séparés. Serré, comprimé ainsi entre les deux ballons, le col ou plutôt la surface hémorrhagique cesse de saigner. (*Soc. de méd. de Lyon*, décembre 1866).

Mortalité des femmes en couches. — On pouvait croire *à priori*

qu'elle était moindre dans les campagnes que dans les villes par suite des meilleures conditions hygiéniques et surtout de l'isolement dans lequel se trouvent là les nouvelles accouchées. Une statistique de la ville et des 222 communes rurales de l'arrondissement de Metz pendant les 6 années consécutives de 1856 à 1861 et comprenant 23 736 accouchements, due à M. le docteur Marchal, montre absolument le contraire. Tandis que la proportion est d'un décès sur 162, 33 accouchements dans les campagnes, elle est de 1 : 183, 63 à Metz et de 1 : 181 à Paris.

Ce résultat inattendu s'explique par la division des accouchées d'enfants vivants et des accouchées d'enfants morts. La mortalité des premières est moins considérable, tandis que celle des secondes est double; ce qui tend à montrer qu'elles meurent souvent à défaut de secours (*Soc. de chir.*, mars). Si donc les accouchées des villes ont contre elles l'encombrement, l'épidémicité, un autre danger menace celles des campagnes de manière à établir l'équilibre de la mortalité et il n'y a pas moins à faire ici que là pour la diminuer.

Température animale. D'après les médecins allemands, elle offrirait un moyen sûr de prévoir et d'annoncer les complications morbides. Sur 266 accouchées normalement, examinées par le docteur Wolf à Marbourg et Kiel, elle était de 37°,39 immédiatement après l'accouchement dans 40 cas, 37°,43 le matin et 37°,37 le soir du premier jour qui l'a suivi.

L'influence de la fièvre de lait lui a donné 37°,9 chez les primipares et 37°,37 chez les multipares (*Monatsschr fur Gebur*, avril 1866). Quand elle s'élève au delà, soit 37°,6 comme le docteur Schroder l'a vu, il s'y joint d'autres altérations internes. Parfois des douleurs *post partum* suffisent à la produire ; dans 32 cas, c'étaient des lacérations du périnée ou des déchirures du vagin. Il y a alors lieu d'interroger le pouls pour établir la différence. Dans 47 cas de péritonite partielle, la température s'élevait de 38°,5 à 41°,5, le plus souvent de 40 à 41 degrés. Le summum s'observait ordinairement dès le premier, deuxième ou troisième jour. (*Idem*, février.)

Traité pratique de l'art des accouchements, par L. Hyernaux, chirurgien à la Maternité de Bruxelles, 1 vol. in-8 de 960 p. avec planches, 2e édition. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Exposé des doctrines professées en Belgique et en particulier des instruments qui y sont le plus employés comme le levier, le forceps-scie, etc.

An essay on the ligation and management of the ombilical cord at childbirth (Essai sur la ligature et le pansement du cordon ombilical du nouveau-né), par le docteur King, brochure de 37 pages in-8°, Washington. Plaidoyer contre la ligature du cordon, considérée comme inutile d'après l'exemple des animaux, pour s'opposer à l'hémorrhagie que la structure tenue des vaisseaux rend impossible. Elle y expose au contraire par les rétentions du sang de même qu'à la hernie ombilicale, à l'ictère infantile et même à l'asphyxie par congestion. On ne peut accumuler plus d'hypothèses pour nier des faits patents et l'expérience des siècles.

Accouchement provoqué. *Nouvelle indication.* Si l'accouchement provoqué doit rester indéfiniment dans la science comme l'un de ces progrès qui ne se prescrivent pas, il est juste de ne pas le discréditer en y recourant pour des indications problématiques n'en justifiant pas la gravité et s'écartant trop des principes sévères qui lui servent de base. La démonstration évidente, indubitable, du danger de la vie de la mère ou de l'enfant peut seule le justifier, bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi pour les accoucheurs anglais. (Voy. Grossesse.)

M. le docteur Charrier vient d'en faire aussi une nouvelle application en France, faisant du souffle ombilical persistant, permanent, accompagné de ralentissement et d'accélération des bruits du cœur fœtal, puis de mouvements violents du fœtus suivis de diminution dans le rhythme et le nombre des pulsations fœtales, un signe positif de la compression du cordon. Il l'a exécuté pour la première fois dans un cas de ce genre chez une dame qui, après avoir présenté ces phénomènes à un précédent accouchement, avait eu un enfant mort. Une petite éponge introduite entre l'utérus et les membranes, puis injectée d'eau tiède, provoqua aussitôt le travail. Les membranes furent laissées entières jusqu'au dernier moment, afin de ne pas augmenter la compression supposée du cordon et précipiter la dilatation et l'accouchement. Peu de temps après, en effet, l'enfant est expulsé avec trois circulaires autour du cou, puis le

cordon de 102 centimètres de long passait sur le dos et sous l'aisselle, contournait la région costo-abdominale, gagnait le ventre et étreignait par une circulaire la cuisse gauche, avant de s'insérer au placenta. Aussi l'asphyxie était-elle presque complète ; la face vultueuse, violacée, les lèvres noires, et il fallut pratiquer l'insufflation pendant cinq à six minutes avant que la respiration normale s'établît. (*Gaz. des hop.*, n° 40.)

En soumettant ce fait nouveau et remarquable à la Société de médecine de Paris, l'auteur a montré qu'il acceptait toute la responsabilité de son initiative hardie, justifiée par le succès. Elle le serait encore mieux s'il se fût entouré des lumières d'un ou de deux confrères. On ne saurait prendre trop de garanties lorsqu'il s'agit d'innovations aussi graves. Aussi a-t-il rencontré des objections sérieuses sur la valeur même du signe qu'il invoque pour la justifier. C'est donc une question qui reste à l'étude et ce sera à celui ou ceux qui sont appelés à la résoudre pour ou contre de s'entourer de toutes les garanties d'authenticité de manière à ne pas la laisser plus longtemps douteuse.

Éponge dilatatrice inaltérable. Une conséquence de cette extension de l'emploi de l'accouchement provoqué est l'invention de nouveaux moyens pour le rendre plus sûr et moins dangereux. C'est ainsi que, tout en conservant l'éponge comme corps dilatant, M. Ellis la soumet préalablement à une préparation spéciale pour en prévenir la décomposition. Plusieurs fils de coton imbibés d'acide carbolique (*acide phénique*) sont passés à travers et dans tous les sens, puis l'éponge étant roulée, comprimée et réduite au moindre volume, fusiforme pour mieux s'adapter au col utérin, elle est immergée dans le beurre de cacao fondu et additionné d'une certaine quantité d'acide phénique. Ainsi préparées, ces éponges ont pu être placées dans le col sans support, et y rester douze à dix-huit heures sans exhaler la moindre odeur. (*Obstetr. Society*, juillet.)

Cette modification pharmacologique peut avoir son utilité, mais non pour provoquer l'accouchement prématuré qui a dans l'ampoule dilatatrice un moyen bien préférable. Dans une discussion sur les moyens de provoquer l'accouchement prématuré, M. Hyernaux, discutant les avantages de la *laminaria*, a fait adroitement l'apologie de sa méthode des injections utérines au moyen de la sonde, en disant que, sur

20 cas, elle lui a donné 15 enfants vivants. A ce compte, aucun autre moyen ne lui est égal : elle est supérieure à tous; conclusion : il faut s'empresser de l'adopter. (*Acad. de méd. de Belgique.*)

Accouchement d'hydatides. — Voy. GROSSESSE.

ACHROMATOPSIE. *De la perception normale ou anormale de l'œil pour les couleurs, spécialement de l'achromatopsie ou cécité des couleurs*, par le docteur Em. Goubert, professeur des sciences physiques au collége Rollin, 164 pages in-8. Paris. Excellente monographie sur cette anomalie du sens de la vue, congénitale, permanente et jusqu'ici incurable, sans trouble apprécié de la part des réfractions oculaires, sans lésions reconnues à l'ophthalmoscope ni à l'examen nécroscopique avec le microscope, consistant en une inaptitude totale ou partielle à ressentir l'impression des couleurs et par suite à les distinguer l'une de l'autre. Comme toutes les productions de ce savant et modeste auteur dont la mort récente est si regrettable, celle-ci sera consultée avec avantage.

ACNÉ. — Voy. COUPEROSE.

ACUPRESSURE. *Acupressure, an excellent method of arresting surgical hemorrhage and of accelerating the healings of Wounds* (De l'acupressure comme méthode excellente d'arrêter les hémorrhagies chirurgicales et d'accélérer la cicatrisation des plaies), par MM. Pirrie et Keith, chirurgiens d'Aberdeen.

Recueil d'observations en faveur de ce nouveau procédé hémostatique et que M. le professeur Simpson résume ainsi dans une brochure à ce sujet :

Des 32 grandes opérations relatées en détail dont 7 amputations de cuisse, 13 cas ont guéri par première intention, c'est-à-dire plus du tiers. Des 8 premières applications de l'acupressure, une seulement guérit par première intention sans une seule goutte de pus, tandis que des 24 suivantes, il y en eut 14, soit plus de la moitié ; ce qui montre l'avantage de l'habitude de ce procédé sur les résultats à en obtenir. Quel est le chirurgien qui, avec un autre procédé d'hémostase quelconque, ait obtenu de tels résultats ? Les hôpitaux de la grande Bretagne ou d'Europe et même du monde entier peuvent-ils

fournir dans cette période des trois dernières années un aussi grand nombre de grandes opérations où la ligature ait donné autant de cicatrisations par première intention et sans une seule goutte de pus comme le petit hôpital d'Aberdeen ? (*Note of the progress of acupressure*, par sir J. Simpson, Edimbourg).

ADÉNIE. Cette hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques que M. Nélaton continue à appeler de ce nom pour ne rien préjuger sur sa nature (voy. *année* 1865) a été l'objet des remarques du savant professeur à l'occasion d'un nouvel exemple observé à sa clinique chez un piqueur de bottines de quarante-neuf ans. N'en pouvant préciser la cause, il se borne à des considérations historiques. Depuis 1850 qu'il en a rencontré le premier cas, il la voit succéder le plus souvent à la fièvre typhoïde. Chaque année, 3 à 4 exemples de cette concordance se rencontrent. Elle s'observe aussi après des fièvres palustres prolongées comme dans le cas actuel.

Presque tous les malades ont succombé, la moitié au moins, par les compressions de la trachée, les autres par diverses complications et le plus souvent par infiltration ou anasarque, hydropisie.

Des divers médicaments mis en usage, internes et externes, iode et iodure, bains de vapeur, hydrothérapie, viande crue, alimentation généreuse, un seul a paru n'être pas inutile et avoir même réussi quelques fois : c'est l'arsenic sous forme de solution de Fowler à la dose de 3, 4, 6, 8 à 10 gouttes. On peut la dépasser quand le cas le comporte. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, décembre 1866.)

ADÉNITE. *Chlorhydrate d'ammoniaque*. Usité en topique contre l'hygroma, l'hydarthrose, l'arthrite chronique, ce sel peut être employé également contre les tumeurs lymphatiques si l'on réfléchit aux bons effets de la laine grasse dans le traitement vulgaire des adénites cervicales, effets dus probablement au carbonate d'ammoniaque qu'elle contient.

C'est ce qu'a fait M. Guéneau de Mussy. Consulté à l'occasion de ganglions cervicaux dont l'engorgement est survenu dans le cours d'une amygdalite ou d'une affection tégumentaire de la tête, il fait enduire la région malade deux ou trois fois par jour avec la pommade suivante :

℞ Sel ammoniacal....................	5	grammes.
Camphre........................	1	—
Axonge........................	30	—

Après l'onction, la peau est recouverte d'une ouate. Le médecin de l'Hôtel-Dieu a guéri de cette manière une jeune fille de huit ans qui présentait une masse ganglionnaire énorme au-dessus du ligament de Fallope. On avait employé dans ce cas une foule de résolutifs en bains, pommades, emplâtres, solutions iodurées à l'intérieur, etc. Le topique ammoniacal vint à bout de la maladie en trois mois. (*Bull. de thérap.*)

Injections iodées. On a vanté, il y a peu d'années, l'iode métallique contre l'adénite scrofuleuse et syphilitique, et après le rapport à l'Académie de médecine, son action semble définitivement acquise. Néanmoins, chez une dame de trente-cinq ans, ayant eu des engorgements strumeux sous-maxillaires cervicaux dans son enfance dont elle conserva des stygmates, M. le docteur Marston échoua complétement avec des applications topiques iodées pour la résolution d'un ganglion induré, gros comme une noix, alors que l'état général s'améliorait sensiblement par l'usage de l'huile de foie de morue et l'iodure de fer à l'intérieur. L'instrument tranchant étant refusé par crainte d'une nouvelle cicatrice, ce chirurgien tenta d'injecter dans cette masse dure, lobulée et infiltrée en apparence de matière plastique quelques gouttes de teinture d'iode avec la seringue de Pravaz. La pointe en étant enfoncée dans le centre de la tumeur, le contenu de la seringue fut poussé lentement jusqu'à transsuder par les pores de la surface sans qu'il en résultât ni douleur ni accident consécutif. Au contraire, le volume de la tumeur était diminué de moitié huit jours après. Une seconde injection fut pratiquée et quinze jours après, le ganglion était réduit à un petit pois, lequel disparut complétement par une troisième injection. La peau se renouvela en laissant une cicatrice à peine sensible. Aucun symptôme d'iodisme ne se montra. Ces injections hypodermiques sont donc indiquées avant de recourir à l'instrument tranchant contre ces hypertrophies glandulaires chroniques qui résistent aux applications externes. (*Med. Times*, juillet.)

Cette médication n'est pas nouvelle, comme le croit l'auteur. Le docteur Mettauer a traité, il y a douze à quinze ans, un cas

d'engorgement scrofuleux de la parotide, des glandes sous-maxillaires et sublinguales chez un enfant de neuf à dix ans par cette méthode qu'il appelle *intrastructural*. Deux mois après, elles avaient entièrement disparu (*Boston med. Surg, Journal*, septembre). Ce n'est là d'ailleurs qu'une variété de la méthode dite substitutive des injections irritantes parenchymateuses employées avec tant de succès par M. Luton (voy. SUBSTITUTION). Ces faits encouragent donc des tentatives ultérieures.

ADÉNOME. Adénome du sein. *Élimination spontanée.* Une femme de cinquante-cinq ans entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 20 mars pour une inflammation du sein gauche qui a le volume d'une tête d'adulte, le double du sein droit. M. Azam diagnostique un adénome. Fluctuation évidente. Ponction donnant 350 grammes environ d'un liquide séreux, couleur chocolat clair, ayant tous les caractères d'un liquide kystique coloré par du sang. Le quatrième jour, une masse grisâtre se présente à l'ouverture. On l'attire et l'on reconnaît un fragment de la glande mammaire admirablement disséquée avec ses lobes, ses lobules et son conduit excréteur. Elle a macéré dans le liquide kystique dont elle est imprégnée. Le surplus pesant 350 grammes est extrait deux jours ensuite. Des injections détersives ont suffi pour amener la rétraction de ce vaste décollement et un mois après la guérison est complète.

Un kyste, en se développant autour de la tumeur, en a donc provoqué le détachement et l'élimination. Si le ballottement de la tumeur a pu produire ce kyste, M. Azam se demande s'il n'y aurait pas lieu, en pareil cas, d'imiter la nature par des frottements répétés des tumeurs mobiles du sein pour provoquer au même résultat. Le praticien peut toujours s'engager sans crainte dans les voies indiquées par la nature. Ce serait là un moyen de simplifier les conditions opératoires des tumeurs bénignes. (*Soc. de chir.*, juin.)

AINHUM. De ce mot singulier, qui veut dire *scier*, inconnu et inusité dans le langage médical, il est indispensable tout d'abord de donner la signification. C'est le terme vulgaire employé par les nègres *Nágós*, au Brésil, pour désigner une maladie assez fréquente, particulière à la race éthiopienne, spécialement aux nègres africains, et consistant dans une transformation, une dégénérescence graisseuse de tous les éléments

anatomiques du petit orteil exclusivement qui, après un long temps, se détache comme gangréné du métacarpien correspondant. Son siége invariable et son élection exclusive sur la race nègre, l'uniformité des symptômes, sa marche lente et sa terminaison fatale en font ainsi une entité morbide nouvelle, curieuse, qui mérite d'être connue et de fixer l'attention des pathologistes. Sa localisation, sans retentissement sur l'organisme, en a fait négliger jusqu'ici la description, soit en raison du peu d'importance de la partie atteinte, soit parce que les malades ne recourent au chirurgien qu'au dernier degré, pour l'ablation de l'orteil. Néanmoins, elle est assez fréquente, extraordinaire et intéressante pour que l'étude originale que, le premier, M. le docteur da Silva Lima, médecin de l'hôpital de la Charité de Bahia, en a faite récemment, dans la *Gazeta medica*, avec une planche et des observations à l'appui, ait les honneurs de la traduction française, et cela d'autant plus que c'est une observation française analogue qui l'a provoquée.

Telle est la fréquence de cette affection que, si l'on examine les pieds des nègres lorsque ceux-ci sont réunis en un certain nombre dans les lieux publics où ils se rassemblent, il est rare qu'il ne s'en trouve un ou plusieurs privés ainsi du petit orteil, sinon des deux à la fois, sans que les autres orteils ni les doigts soient atteints.

M. le docteur Paterson en a pratiqué 15 à 16 fois l'ablation. L'auteur en compte 10 cas, et il n'est pas de praticien à Bahia qui n'ait rencontré l'occasion de la pratiquer. D'ailleurs, l'orteil tombe souvent en gangrène par la destruction des vaisseaux et des filets nerveux, ou bien il se détache subitement par un choc accidentel. Des malades en déterminent aussi la chute par la ligature quand ils ne recourent pas eux-mêmes à l'instrument tranchant.

Au Brésil, les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes, les nègres que les créoles. On en cite pourtant des exemples chez ceux-ci. M. Paterson a pratiqué ainsi l'amputation de l'orteil affecté de l'ainhum chez une jeune négresse, et le docteur Faria chez une créole; mais ce sont là des exceptions. Au rapport de quelques nègres venant de la côte d'Afrique, les femmes en sont atteintes comme les hommes dans leur pays.

Les causes en sont complétement inconnues et paraissent inhérentes à une particularité organique de la race éthiopienne.

Les conditions hygiéniques où elle se trouve, non plus que les travaux qui lui sont particuliers, ne paraissent avoir aucune influence sur l'apparition de la maladie. On ne saurait l'attribuer à l'habitude des esclaves de marcher pieds nus, car les nègres libres, toujours chaussés, en sont également atteints, comme une des observations le prouve. D'ailleurs, elle ne rendrait pas compte de l'atteinte exclusive des petits orteils. On a supposé que les esclaves s'étranglaient cet orteil avec une ligature pour s'exempter du travail; mais le développement du mal, chez les nègres libres ayant tout intérêt à travailler, contredit formellement cette étiologie. Et puis, pourquoi agiraient-ils exclusivement sur cet orteil? La pratique de quelques malades de le serrer à la base avec un fil pour en presser la chute, à cause des douleurs qui en résultent au moindre contact, a pu seul donner lieu à cette supposition. Quelques malades l'attribuent aussi à un ver, sans que rien justifie cette assertion. L'étiologie de cette affection reste ainsi mystérieuse et obscure comme celle des autres dégénérescences.

Une dépression à la face interne et inférieure de la racine de l'orteil, et correspondant exactement au pli digito-plantaire, marque le début de l'ainhum sans ulcération, ni douleur inflammatoire. Le malade n'y prête ainsi aucune attention. Peu à peu, l'orteil s'écarte, s'éloigne, du moins en apparence, de son congénère à la base, tandis qu'il s'en rapproche à son extrémité libre en formant un angle au niveau du sillon. Celui-ci s'étend à mesure que l'orteil augmente de volume, de manière à être circulaire et profond au point de rendre invisible le pédicule aminci, quand l'extrémité libre a doublé ou triplé de volume. Rarement le tégument de la face externe résiste jusqu'à la fin.

D'ordinaire, l'épiderme devient âpre, rugueux et comme chagriné; l'orteil s'arrondit irrégulièrement en forme de petite pomme de terre. L'ongle reste intact et se tourne en dehors par la rotation partielle de l'orteil. De petites écailles épidermiques se forment dans le sillon, se détachent et se renouvellent sans cesse. Parfois, le fond s'ulcère et se trouve ainsi humecté d'un liquide ichoreux et fétide. Telle est la mobilité de l'orteil en cet état qu'il peut être renversé dans tous les sens; on peut même lui imprimer un certain degré de rotation.

A cette période de la maladie, la première phalange a complétement disparu au niveau du sillon circulaire; l'orteil s'a-

baissant de plus en plus embarrasse la marche et détermine des chocs extrêmement douloureux. C'est alors que les malades réclament l'amputation comme l'unique soulagement.

Telle est la lenteur de ce mal, sa marche graduelle et prolongée, qu'il s'écoule de un à dix ans entre ses deux périodes extrêmes, comme en témoigne la relation *in extenso* des deux faits dont voici le résumé :

I. — Nègre africain de trente ans environ, robuste, sans autre souffrance que celle du petit orteil droit dont il demande l'ablation. Il y a environ un an qu'il a commencé à y ressentir une douleur comparée à celle d'*un ver qui rongerait l'os*. L'orteil est considérablement augmenté de volume et présente tous les signes précités. Le docteur Paterson en pratique l'excision dans le sillon digito-plantaire d'un seul coup de ciseaux. Cette section paraît très-douloureuse et ne donne lieu qu'à une faible hémorrhagie artérielle. Dans le champ de la plaie, de l'étendue d'un bouton de chemise, on perçoit un petit fragment osseux, mobile, qui est facilement détaché : c'est une esquille à pointe aiguë, sans aucune trace articulaire. La surface en est déprimée et circonscrite par un tissu endurci.

L'orteil du côté opposé était atteint de même, sinon à un moindre degré, qui en fit retarder l'amputation comme au nègre assistant, atteint seulement au pied droit.

II. — Joaquin, esclave, marin libéré du service, est un nègre robuste, grand, d'une santé excellente, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne ni cutanée. Il y a dix ans qu'il a commencé à souffrir du petit orteil dont le développement a suivi la marche ordinaire, malgré le pansement des ulcérations avec toutes sortes d'onguents. Le petit orteil gauche s'est pris de même il y a trois ou quatre ans. L'orteil droit n'a plus de mouvement propre et ne s'abaisse que par son propre poids; mais il peut être mû en tous sens sans aucune douleur. La sensibilité tactile est obscure; la compression, au contraire, est fort douloureuse, ainsi qu'une piqûre même très-légère. Excisé le 2 mars 1866, suivant le procédé sus-indiqué, sans aucune particularité ultérieure, cet orteil, soumis à l'examen de M. le docteur Wucherer, a donné lieu aux résultats anatomo-microscopiques suivants :

L'orteil est tourné sur son axe d'un quart de cercle, et le pédicule cutané qui le retenait au pied n'a que 10 à 11 milli-

mètres de diamètre. Une division longitudinale ne laisse plus voir aucune trace de la première phalange entièrement disparue; la seconde n'existe plus qu'en partie, mesurant seulement 3 millimètres dans son plus grand diamètre, tandis qu'elle en a 7 à l'état normal; la phalangette seule est entière. L'articulation réciproque de ces deux phalanges est conservée et la surface recouverte de cartilage, tandis qu'il n'en existe plus à la partie postérieure de la seconde phalange.

Au microscope, l'épiderme est peu altéré; le tissu adipeux sous-cutané est beaucoup augmenté au détriment des tendons, des os et des autres tissus. Il n'y a que des traces de tissu connectif, surtout autour des vaisseaux. Des deux artères, l'externe seule existe. Les cartilages articulaires sont amincis, leurs corpuscnles réduits de volume et de nombre, et la substance hyaline parsemée de points adipeux. Les canalicules de la substance spongieuse sont dilatés aux dépens des lamelles concentriques et remplis de gros globules graisseux jaunes. L'os est comme rongé, quoique sans carie, et ses corpuscules sont à peine visibles par places.

Cette maladie des nègres est donc une atrophie avec dégénérescence graisseuse des tissus par défaut de nutrition. Quelques médecins brésiliens la confondent avec la *quigila*, terme vulgaire se rapportant à la description de la *gafeira* des auteurs portugais, qui est une variété de l'éléphantiasis des Grecs, ou *elephantiasis abnormis*, attaquant spécialement les métacarpiens et les doigts des mains et des pieds. Mais des différences fondamentales les distinguent. Celle-ci atteint indistinctement les hommes et les femmes, les nègres et les créoles, quoique plus fréquente chez les nègres d'Afrique, les pieds et les mains sans prédilection pour les petits orteils. L'anesthésie et l'atrophie musculaire l'accompagnent toujours avec ulcérations gangréneuses, carie, contracture permanente des doigts, sans le sillon digito-plantaire caractéristique de l'ainhum, et l'on a vu qu'il en est tout autrement dans ce dernier. La confusion n'est ainsi pas plus permise au point de vue des symptômes que de l'histologie. Virchow, en effet, dans sa *Pathologie des tumeurs* (traduction française, Paris, 1867), donne à l'éléphantiasis une origine inflammatoire, irritative, érysipélateuse, se rapprochant de celle du sclérème, et en fait une tumeur du tissu connectif ou fibrome.

Beaucoup plus analogue et ressemblante est l'*affection sin-*

gulière des doigts et des mains, dont un seul cas a été observé en France, par M. Mirault (d'Angers), relaté et commenté à la Société de chirurgie, par M. Verneuil, pour montrer qu'elle se rattache au rhumatisme (*Gaz. hebd.*, n° 8, 1863). Les analogies avec l'ainhum en sont si frappantes à première vue qu'elle en a provoqué cette étude. En effet, le mal commença, à l'annulaire de la main droite, par des douleurs violentes avec gonflement et rougeur ; gonflement tel que, un an après, ce doigt avait doublé de volume, et représentait un cône à sommet inférieur trois ans après le début des accidents. Ses dimensions étaient surtout exagérées dans les deux tiers inférieurs de la première phalange, où le gonflement cessait brusquement au niveau d'un sillon circulaire, perpendiculaire à l'axe du doigt et se confondant sur la face palmaire avec le pli métacarpo-phalangien, tandis que, sur la face dorsale, il était à un travers de doigt au-dessous de cette interligne. Étroit et profond, ce sillon ressemblait à un étranglement produit par un anneau métallique. Une ulcération linéaire, de mauvais aspect, intéressant tout le derme, en occupait le fond où se voyaient à découvert les tendons des muscles fléchisseurs et lombricaux. Ce doigt fut amputé dans l'article, mais la plaie mit dix-huit mois à se cicatriser et les autres doigts se prirent successivement ; de manière que, dans l'espace de quinze ans, quatre furent ainsi sacrifiés.

A côté de l'analogie du siége et de la marche lente de ces deux affections, l'identité d'un sillon circulaire et d'un brusque gonflement au delà, cet exposé montre, dans la symptomatologie autant que dans les caractères anatomo-pathologiques, des différences suffisantes pour les distinguer. Ici, l'extrémité terminale du doigt n'avait pas subi de grands changements ; tous les éléments anatomiques furent constatés, par M. Verneuil, sans hypertrophie notable de la peau fusionnée avec le tissu cellulaire sous-cutané au point de n'en plus pouvoir être isolée. Rien d'anormal dans les nerfs ni les tendons ; intégrité des os.

Il semble donc bien évident que ce sont là deux affections distinctes, car leurs différences tranchées ne s'expliquent pas par les différences de climat ni de race. L'ainhum reste ainsi une entité morbide différente de l'éléphantiasis, du sclérème des adultes, la sclérodermie ou sclériasis, comme l'appelle Virchow, et auquel le cas de M. Miraut a été rapporté. Com-

paré avec les 25 éléphanthiasiques de l'hôpital des *Lazaros*, il n'avait pas la moindre ressemblance dans aucun cas, même chez les nègres africains. Il convient pourtant de n'être pas trop affirmatif sur son entité, en raison du défaut d'études et de connaissances précises sur cette singulière affection, et d'attendre des recherches ultérieures et le jugement des patho logistes éclairés.

Quant au traitement, l'excision employée n'est pas guérir la maladie ; il serait au moins rationnel de tenter auparavant des incisions longitudinales perpendiculairement au sillon dès qu'il commence à se manifester, comme l'a fait M. Mirault, et comme l'a fait aussi M. Silva dans le premier cas qu'il a rencontré il y a quatorze ans. Devant l'inefficacité des divers topiques, ce serait là peut-être plus qu'un simple palliatif si la destruction de l'os et consécutivement de l'orteil dépend de cette constriction. C'est ce que l'expérience nous apprendra. (*Gazeta medica da Bahia*, n°s 13 et 15 janvier.)

ALBUMINURIE. Pathogénie. D'accord avec cette proposition émise il y a six ans, que le passage de l'albumine dans l'urine résulte d'un vice général de nutrition qui, la rendant incapable d'être assimilée, l'élimine comme une substance hétérogène, M. le professeur Semmola la considère comme le résultat d'une double série d'effets qui succèdent à la suppression plus ou moins brusque des fonctions cutanées, comme une expérience sur le chien l'a démontré péremptoirement. En recouvrant la peau de la moitié du corps d'un enduit imperméable, tous les phénomènes initiaux et un commencement de dégénérescence amyloïde des reins se sont manifestés. L'albuminurie et la lésion rénale n'ont ainsi aucun rapport de cause à effet ; elles représentent deux résultats d'une même cause, qui marchent en même temps séparément et d'accord, et l'on doit enfin renoncer à une appréciation purement anatomique de la maladie de Bright, qui a été fatale pour les progrès de la thérapeutique. Rétablir les fonctions cutanées, activer les combustions protéiques de l'organisme, telles en sont les médications. (*Acad. de méd.*, octobre.)

En succédant au diabète avec les mêmes accidents que celui-ci, comme M. Verneuil en a observé deux nouveaux faits, sa loi d'alternance avec la glycosurie est remise en question aussi bien que la cause intime des accidents qui s'ensuivent, notam-

ment des hémorrhagies signalées par M. Blot, chez les femmes en couches qui ont de l'albumine dans les urines. L'influence de celle-ci est si réelle qu'elle varie selon la durée et l'intensité de la maladie qui provoque parfois des hémorrhagies que l'art est impuissant à arrêter. (Voy. Avortement.)

Assez fréquente dans les périodes avancées de la syphilis, l'albuminurie passagère ou permanente paraît assez rare dans la période secondaire. En examinant les nombreuses véroles de son service de l'Antiquaille sous ce rapport, M Gailleton n'a obtenu que des résultats négatifs. Pourtant, M. le docteur Perroud a observé deux cas à l'Hôtel-Dieu d'albuminurie persistante avec suffusions séreuses diverses développées peu de temps après les lésions syphilitiques dites secondaires. Traités par le mercure, ils ont été suivis, le premier, de guérison, le second de mort. Or, au lieu do ne voir là qu'une coïncidence insolite, l'observateur, en raison surtout du résultat heureux du traitement sur cet accident dans le premier cas, le considère comme lié à la syphilis, ce qui est en contradiction avec la rareté de cette complication. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, janvier.)

Dans la séance du 16 février de la Société médico-chirurgicale de Bologne, le professeur Concato a présenté l'observation de plusieurs cas d'albuminurie avec sédiment contenant des éléments microscopiques qui rendaient indubitable le diagnostic d'une néphrite tubuleuse. Or, dans chacun de ces cas, le développement intercurrent de la variole a constamment coïncidé avec la disparition de l'albumine, comme si cette éruption était curative de l'albuminurie. Dans le but de vérifier ce fait nouveau et intéressant, il a inoculé le virus varioleux à plusieurs albuminuriques en les avertissant du danger, mais sans résultat. Il invite donc les médecins à porter leur attention sur ce sujet et à tenter au moins l'insertion du vaccin sur les albuminuriques pour voir s'il n'en résultera pas la guérison ou une modification quelconque.

Recherches expérimentales sur l'albuminurie, par M. le docteur Stokvis (d'Amsterdam), ouvrage couronné par la *Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*. En répétant les expériences de ses devanciers, en les contrôlant, les corrigeant, et en en instituant d'autres, l'auteur est arrivé à cette conclusion : que le symptôme albuminurie apparaît sous l'influence

d'un trouble de la circulation et de la pression du sang. L'obscurité qui règne sur la pathogénie de ce phénomène serait bien débrouillée si ce fait était établi d'une manière irrécusable. L'avenir le prouvera.

TRAITEMENT. *Bains sulfureux.* A la suite d'une scarlatine chez une femme de vingt-quatre ans, une série de furoncles eut lieu, qui se renouvelèrent cinq mois durant. Leur disparition ayant été suivie de tous les signes d'une maladie de Bright aiguë : douleur rénale, nausées, troubles de la vue, albuminurie, anasarque, M. Topinard mit successivement en usage les ventouses sur les reins, des purgatifs répétés, le tannin pendant un mois, les bains de Pennès, mais sans résultat. Au contraire, ces derniers ayant été suivis de bains sulfureux, l'albumine diminua bientôt et après un emploi persistant, tenace, deux mois durant ; malgré l'apparition d'une éruption cutanée intense et incommode, la guérison avait lieu après neuf mois de traitement. (*Gaz. des hôp.*, 1866, n° 107.)

Si l'emploi de ce moyen n'est pas nouveau, cette observation montre du moins l'avantage que l'on peut en retirer par un usage prolongé. Il en serait sans doute de même de beaucoup d'autres, mais à peine en a-t-on fait usage deux ou trois fois qu'on les cesse si leurs bons effets ne se sont de suite manifestés. N'est-ce pas là la cause de beaucoup d'insuccès devant cette maladie aussi profonde que rebelle ?

Oignon cru. En raison sans doute de ses propriétés diurétiques, M. le professeur Trastour l'a administré conjointement avec le régime lacté, à un homme de cinquante-quatre ans, au début d'une albuminurie goutteuse. Le malade buvait chaque jour 1 à 2 litres de lait et trois soupes au lait avec un, puis deux oignons crus, hachés, qui étaient avalés avec la soupe ou dans du pain azyme. Dès lors les urines devinrent très-abondantes, claires, limpides, avec une légère teinte verte et l'albumine diminua bientôt. Les jambes, les bourses désenflèrent rapidement ainsi que l'épanchement pleurétique.

Une bronchite intense, tout en intervertissant le traitement, mit fin à l'anasarque ; l'appétit revint et malgré la continuation des oignons crus, l'albumine continua à se révéler en petite quantité dans l'urine, surtout après le repas. Conservée quelques jours en bouteilles, elle exhalait une forte odeur d'oi-

gnon et donnait par la distillation ce produit huileux, âcre, volatil, tenant du soufre en dissolution, signalé par Fourcroy et Vauquelin. (*J. de méd. de l'Ouest.*)

Il semble donc que l'on peut essayer ce singulier remède comme diurétique, en agissant par une bonne nutrition et un régime approprié contre la formation de l'albumine en excès dans le sang.

Électricité. C'est aussi dans un cas d'ascite, ou plutôt d'anasarque symptomatique d'une maladie de Bright, que M. le docteur Alvarenga a obtenu un succès remarquable à l'aide de l'électricité, alors que les purgatifs et les diurétiques, le tannin à haute dose, les toniques et les altérants étaient restés sans effet. Il y avait des douleurs rénales avec urines rares, ambrées, de 1,021 de densité, et très-albumineuses sous forme de lamelles ou grumeaux. Entrée à l'hôpital du Desterro, le 25 avril 1866, la malade fut seulement soumise aux applications de la machine électro-magnétique de Clark, le 16 septembre. L'un des réophores, garni d'éponges, était promené sur la région lombaire, tandis que l'autre parcourait les divers points de l'abdomen.

Dès le 23 septembre, la malade était soulagée par la résorption de l'infiltration. Urines citrines, limpides, moins denses et moins albumineuses, et chaque jour plus abondantes. Ainsi, de 60 onces le 23, elles s'élèvent à 85 le 24 et à 120 le 26. Mais l'application de l'électricité suspendue le lendemain, les urines, de 100 onces tombent à 80 dès le 29, à 68 le 30, et à 58 le 1er octobre, en devenant de plus en plus denses, vermeilles, alcalines, avec dépôt blanchâtre, alcalin, contenant beaucoup d'albumine.

L'électricité appliquée de nouveau ramena la diurèse et l'amélioration première, tellement que le cœur, placé transversalement au début (*trochocardie* de l'auteur), avait repris sa position normale; le ventre était plat, flasque, sans liquide; foie et rate volumineux. Et c'est ainsi que, à trois reprises, l'aggravation et l'amélioration coïncidèrent avec la suspension et la reprise de l'emploi de l'électricité comme une preuve péremptoire de son action thérapeutique et particulièrement diurétique, ainsi que l'a montré le tableau journalier de la quantité des urines rendues. (*Gaz. med. de Lisboa.*)

Qu'il y ait eu là maladie de Bright, l'auteur lui-même, en

clinicien exact et sévère, hésite à le soutenir. Mais ce n'en est pas moins un beau succès de l'électricité, qui devra désormais être employée empiriquement, comme le tannin, à haute dose dans les cas analogues où il est très-difficile de se prononcer sur la cause de l'infiltration et encore plus difficile de la faire disparaître.

C'est le perchlorure de fer que le docteur Salmon employa à la dose de 10 à 15 gouttes toutes les quatre à six heures chez un albuminurique que l'élatérium ni les drastiques, ni les toniques n'avaient pu guérir. Il y avait du coma, une anasarque considérable; pouls petit et perte d'appétit. Quarante-huit heures après l'emploi du perchlorure de fer, un changement se manifesta par une abondante diurèse, l'albumine diminua ensuite dans l'urine et deux à trois semaines après, le malade vaquait à ses occupations. (*Boston med. and surg. journ.*)

L'iodure de potassium est aussi vanté par M. le professeur Crocq. (Voy. Néphrite.)

Albuminurie saturnine. La néphrite saturnine affirmée par M. Ollivier, d'après ses expériences sur les animaux et l'albuminurie chez l'homme (voy. *année* 1864), est infirmée par de nouvelles expériences sur le chien, par le professeur Rosenstein. La différence des sujets d'expérimentation suffit-elle à expliquer cette contradiction évidente? Avant de le décider, il est juste de surseoir à admettre la fréquence des affections rénales dans l'intoxication par le plomb. (*Virchow's Archiv*, mai.)

ALCOOLISME. *Hyperesthésie périphérique.* A la suite de Magnus-Huss et de quelques autres pathologistes, M. le professeur Leudet de Rouen a apporté son contingent d'observations sur ce phénomène connu depuis peu et qu'il regarde comme plus commun qu'on ne pense. Au lieu d'être partielle comme l'a dit M. Lancereaux, il a observé cette hyperesthésie le plus souvent généralisée aux mains, aux pieds, aux membres supérieurs et tout le tronc. La face seule s'en est montrée indemne. Le plus souvent elle existe sous forme de douleurs profondes au niveau des tibias ou dans la continuité des muscles. Dans tous les cas observés, une douleur dorsale siégeait au niveau des apophyses épineuses et non sur la partie latérale à l'émergence des nerfs rachidiens, comme pour la distinguer des douleurs névralgiques. Les dernières vertèbres lombaires et même les sa-

crées sont le plus souvent douloureuses. Mobiles, ces douleurs rachidiennes se déplacent ordinairement de haut en bas. La pression locale donne lieu à des irradiations, mais sans suivre le trajet des nerfs correspondants comme dans la névralgie intercostale.

Ces douleurs sont fréquemment gravatives, contusives, parfois térébrantes, lancinantes et accompagnées de troubles de la motilité, de soubresauts, de crampes. Quand elle existe dans les membres, l'influence des mouvements l'exagère comme deux exemples en sont rapportés.

A cette exaltation de la sensibilité dans certains points se joint parfois un phénomène tout opposé : l'anesthésie à la piqûre. Celle-ci est ordinairement localisée aux doigts et aux orteils et s'étend aussi à la surface cutanée, mais c'est alors une simple analgésie le plus souvent. Il y a ainsi des perversions du sens de la température ou d'autres sensations.

Comme conséquence physiologique de cette hyperesthésie, il existe le plus souvent de la parésie, les mouvements sont gênés, désordonnés ou embarrassés, comme l'ont signalé plusieurs observateurs.

Ces troubles moteurs sont en général localisés aux membres inférieurs, tandis que les troubles sensitifs s'étendent, outre la peau, à la vue et à l'ouïe. Au contraire, le plus souvent, les fonctions cérébrales restent intactes, et c'est par exception qu'il se rencontre de la perte de mémoire, de la difficulté dans l'articulation et la coordination des mots.

Ces accidents surviennent à une période peu avancée de l'alcoolisme et ne sont pas le résultat de la cachexie. Ils coïncident ordinairement avec l'altération des fonctions d'absorption et d'hématopoièse survenus à la suite d'un excès alcoolique redoublé.

Ils sont annoncés par des douleurs profondes plus ou moins vives précédant ordinairement les douleurs superficielles, l'anesthésie de la peau. Un affaiblissement avec perversion de la motilité coïncident toujours avec ces douleurs profondes.

De 15 alcoolisés présentant des symptômes de lésion médullaire, 2 seulement ont guéri à peu près complétement. La parésie a persisté chez les autres avec trouble de la coordination des mouvements volontaires gênant la station ou la progression, d'où il semble résulter que ces symptômes morbides dépendent d'un dérangement dans les fonctions de la moelle et d'une

lésion du cordon rachidien. Et cela est rendu encore plus probable par ces douleurs profondes qui existent souvent dans les membres, au niveau des points anesthésiés, comme démontrant l'excitabilité de la moelle au niveau et au-dessus de la lésion. Le pronostic est donc généralement grave.

Le diagnostic peut ainsi présenter des difficultés réelles et se confondre avec une maladie de la moelle. L'abus prolongé de boissons alcooliques servira de point de distinction. De même avec les dermalgies rhumatismale et saturnine ; mais dans ces derniers cas, les phénomènes sont moins prononcés et l'hyperesthésie n'est pas accompagnée d'anesthésie ni d'exaltation des mouvements réflexes.

Quant à la névralgie générale de Valleix, il est probable que dans plusieurs cas, elle n'était elle-même autre chose que l'hyperesthésie périphérique des alcoolisés. Il n'y a donc pas lieu de la différencier.

Pellagre. Quatre nouveaux exemples observés et décrits par cet habile clinicien montrent que la triade pellagreuse peut se rencontrer à la fois chez les alcoolisés durant plusieurs années consécutives comme chacun de ces accidents s'y rencontre isolément.

V. Pellagre.

Contrairement aux expérimentateurs français, le docteur Schulinus est arrivé, par des expériences assez exactes instituées sous la direction de Buchheim, sur des chevaux (*puledri*) et des chiens, à montrer que la distribution de l'alcool est uniforme dans l'organisme. Au moyen de la sonde œsophagienne, il leur introduisait dans l'estomac une grande quantité d'alcool à 45 pour 100. Dix ou quinze minutes après, le narcotisme était si avancé que les animaux ne pouvaient plus se tenir sur leurs jambes ; quelques instants encore, et le narcotisme était complet ; ils gisaient les membres relâchés, et rien, sans la respiration profonde et les battements du cœur, n'aurait révélé l'existence de l'animal.

On sacrifia les sujets soumis aux expériences en leur insufflant de l'air dans la veine jugulaire externe, ensuite l'on soumit à l'examen, pour la recherche de l'alcool, le sang et les organes, tels que les poumons, le cerveau, les muscles, le cœur, le foie, les reins, etc. Or, le résultat final a été que :

1° La distribution de l'alcool dans l'organisme est uniforme.

2° Le sang renferme, proportionnellement, plus d'alcool qu'aucun des organes ;

3° L'alcool est pour la plus grande partie détruit dans l'organisme animal.

4° La quantité d'alcool non altéré, susceptible d'être expulsée par les reins, les poumons et la peau, est très-minime par rapport à la quantité absorbée. (*Igea.*)

D'autre part, deux leçons faites tout récemment au collége royal des médecins de Londres, par le docteur Anstie, sur le pronostic et le traitement des maladies aiguës, d'après les indications fournies par les tracés sphygmographiques, lui a permis de montrer, par des exemples, les différences de ce signe selon que la maladie tend à une issue fatale ou heureuse, à la mort ou à la guérison. Appliquant une série d'expériences personnelles prouvant que l'élimination de l'alcool pur, soutenue par MM. Lallemand, Duroy et Perrin, et déjà infirmée par M. Baudot, est non-seulement inexacte, mais *absurde*, il a constaté à l'aide de l'acide chromique qu'il n'est éliminé ainsi que dans le cas d'alcoolisme et encore n'est-ce que dans d'infimes proportions, soit 2 à 3 grains dans les vingt-quatre heures. Dans les maladies aiguës où il agit favorablement et sans intoxication, on n'en retrouve qu'un dixième à un demi-grain. Il a d'ailleurs trouvé dans l'emploi du sphygmographe un signe de ses indications dans ces derniers cas. Si l'usage de l'alcool rend le pouls plus dicrote et rapide, il est contre-indiqué ; tandis que le contraire prouve son action favorable (*Lancet*). Il serait donc facile de ne l'administrer ainsi qu'à coup sûr.

ALIÉNATION MENTALE. *Bains généraux sinapisés.* La moutarde, déjà préconisée par le médecin anglais Newington sous différentes formes et surtout l'enveloppement dans un drap mouillé, imbibé d'eau sinapisée (voy. *année* 1865), a été employée aussi avec succès par M. le docteur Laurent à l'asile de Marseille dans deux cas de folie hystérique et trois de folie nervosique. C'est un puissant révulsif qui, mieux que tous les calmants employés vainement, produit le bien-être, le calme et le sommeil. Et cette action est rendue positive par le retour de l'agitation, du désordre, dès que l'on cesse ou que l'on en ralentit l'usage, comme il appert des observations.

On les prépare avec 120 à 150 et jusqu'à 200 grammes de farine de graine de moutarde mise en pâte avec un peu d'eau et jetée ensuite dans un bain de 25 à 26 degrés, dans lequel on la mêle uniformément par l'agitation.

Ses effets sont, après quinze à vingt minutes de séjour, des picotements de toute la peau, bientôt suivis d'une sensation de froid, de frisson. Cette impression doit marquer la sortie du bain, dont la durée est ainsi limitée à trente ou quarante minutes au plus. La figure du malade doit être garantie de la vapeur excitante du bain.

A la sortie, toute la peau est rubéfiée avec chaleur intense. On l'essuie avec précaution, on la frictionne doucement; puis le malade est placé dans une pièce bien chauffée pour que la réaction continue et persiste aussi longtemps que possible. (*Ann. méd.-psychol.*, mai.)

Voy. Hallucinations, Idiotie, Manie.

The Physiology and Pathology of the Mind (Physiologie et pathologie de l'esprit), ouvrage philosophique par le docteur H. Maudsley, médecin de l'hôpital West de Londres, etc., un volume in-8° de 442 pages, Londres.

ALIMENTATION. Son influence dans les différents pays sur la production de certaines maladies, soumise au congrès international, n'a produit que peu de travaux. M. Kingston de Montréal seul en expose un effet assez frappant : c'est que les franco-canadiens qui mangent beaucoup de viande, — jusqu'à 1500 grammes de porc par jour, — sont forts, grands, robustes et rarement malades, tandis que les Anglais qui en mangent peu sont moins vigoureux et généralement faibles. Et tandis que les maladies du tube digestif prédominent chez les premiers, ce sont les affections pulmonaires chez les seconds.

M. Marcowitz (de Bucharest) attribue la fréquence de l'état typhoïde qui s'observe dans les maladies aux Principautés-Unies, les hémorrhoïdes et la forme atonique de la goutte, à la nourriture végétale, épicée et acide dont on fait usage. Ce ne sont donc là que de simples suppositions.

ALIMENTS. Il en est, d'après les expériences personnelles de M. Rambosson, qui agissent spécialement sur les nerfs du mouvement, et d'autres sur ceux de la sensibilité. Les premiers auraient aussi une influence spéciale sur l'intelligence, et les seconds sur les sentiments. Enfin, il y en a de mixtes qui agissent sur les deux ordres de nerfs à la fois et de même sur

l'intelligence et la sensibilité (*Acad. des sc.*). Cette découverte serait précieuse si elle était positive, mais elle ne repose que sur des sensations personnelles qui se manifestent différemment chez les divers individus selon leur idiosyncrasie.

AMAUROSE. Diagnostic. Comme moyen de distinguer les amblyopies intra-orbitaires des amblyopies cérébrales, M. Galezowski a tracé le tableau suivant d'après ses observations.

Amaurose cérébrale.	**Amaurose orbitaire.**
Presque toujours bioculaire.	Toujours uniloculaire.
Pas d'exorbitis.	Exophthalmie constante dans un seul œil.
Abolition rapide de la vue dans les deux yeux.	Affaiblissement graduel de la vue d'un seul côté.
Nulle amélioration de la vue par les lunettes concaves.	La myopie, la presbytie ou l'hypermétropie qui existent sont souvent corrigées par les verres.
Pupilles énormément dilatées et immobiles des deux côtés.	Pupille dilatée du côté malade seul, mais se contractant encore à la lumière.

(*Soc. méd. du Panthéon.*)

On peut ainsi juger, à l'aide de ces signes très-distincts, de la gravité relative de la maladie et la combattre plus directement, sinon pas du tout, quand elle est au-dessus des ressources de l'art.

Amaurose subite. *Embolie de l'artère ophthalmique.* Une dame mal réglée, hémorrhoïdaire, atteinte d'asthénopie, perdit tout à coup la vue de l'œil droit en allant au théâtre, sans douleur, ni étourdissements, ni mal de tête préalable.

L'ophthalmoscope fit reconnaître une petite opacité linéaire de la périphérie corticale de la lentille; le corps vitré était transparent. La papille, d'un rouge plus foncé, à côté de la tache jaune, offrait une tache carrée occupant la totalité de l'espace entre la papille et la tache jaune. Une production gris bleuâtre, brillante, de forme presque elliptique avec une tache rouge au centre recouvrait celle-ci. Dans quelques-unes des petites artères de la papille cachées çà et là dans la rétine, la colonne sanguine était interrompue.

M. Quaglino diagnostiqua une rétinite par embolisme, sinon une véritable artérite de l'artère centrale et institua un traite-

ment dérivatif et antiphlogistique en conséquence. Et de fait, la rétine avait repris sa transparence vingt jours après, les taches avaient disparu, la pupille était claire, mais la surface en était blanche comme dans l'atrophie. Les artères et les veines n'offraient que la moitié de leur calibre normal. La malade voyait distinctement sa main, mais il n'y avait plus qu'une perception confuse de la lumière un mois après; la contraction de l'artère centrale et sa presque complète oblitération avaient détruit la papille et la rétine.

Dans un second cas semblable, les ponctions cornéales réitérées, en faisant cesser la tension de l'œil, semblaient devoir donner un meilleur résultat; mais la contraction progressive et l'atrophie partielle des vaisseaux ne détermina pas moins à la longue la perte de la vue. (*Giorn d'oftalmol. italiano*, décembre 1866.)

Amaurose intermittente. C'est sous ce type curieux et rare que M. le docteur Testelin l'a observée sur l'œil gauche chez une enfant de dix ans. A part une légère rougeur de la conjonctive palpébrale, cet œil ne présentait rien à noter, même à l'ophthalmoscope. La malade éprouve, le matin vers onze heures et l'après-midi vers quatre heures, un accès pendant lequel elle cesse de voir tout à fait de l'œil gauche. Un léger malaise avec frisson, céphalalgie, annonce cet accès, la joue gauche rougit tout à coup, l'œil picote un peu et la vision cesse complétement sans bluettes ni lignes lumineuses. La malade est très-précise sur ce point. L'œil droit fermé, elle se trouve dans l'obscurité la plus profonde. Cela dure un quart d'heure à une une demi-heure.

L'enfant habitant une maison bâtie sur un canal couvert, et vivant sur les bords de la Basse-Deûle, M. Testelin n'hésite pas à diagnostiquer une fièvre larvée double quotidienne, à forme amaurotique, et à administrer le sulfate de quinine. Dès le lendemain, les accès, c'est-à-dire les troubles de la vue, sont diminués et cessent bientôt complétement. (*Bull. méd. du Nord*, septembre 1866.)

AMPUTATIONS. Sur 243 amputations des membres pratiquées à l'hôpital *San-José* de Lisbonne pendant les douze dernières années, il n'y eut que 59 décès, dont 35 seulement sont attribuables à l'opération ou ses conséquences. Cette pro-

portion favorable indique, suivant M. le professeur Barbosa, de bonnes conditions hygiéniques de l'hôpital et surtout l'influence salutaire du climat.

Quant au procédé opératoire, M. Barbosa préfère la méthode circulaire pour l'amputation des membres. Il entoure le moignon d'une bande circulaire depuis sa racine jusqu'à 1 ou 2 centimètres environ de son extrémité pour s'opposer à l'absorption putride. 14 amputations de cuisse par ce procédé ont donné 13 guérisons dans les deux dernières années. (*Congrès internat.*)

Au lieu de se conformer à cette règle de retrancher toutes les parties lésées dans les amputations et les désarticulations, M. le professeur Simon est d'avis que souvent elles peuvent être conservées et utilisées à recouvrir les plaies presque aussi avantageusement que les parties saines. A l'exception des parties gangrénées, toutes les autres peuvent être ménagées, et si leur connexion avec les parties saines est suffisante à maintenir la nutrition des lambeaux, ils reprennent rapidement la vie et peuvent même se réunir par première intention comme sept observations en témoignent (*Archiv fur chir. de Langenbeck*). La généralité de ce précepte n'est applicable qu'aux cas particuliers où chaque praticien est le meilleur juge de l'état des parties pour les retrancher ou les conserver.

Phlébostasie. L'incision de la veine fémorale donne parfois lieu, dans l'amputation du haut de la cuisse, à une hémorrhagie très-incommode que ni le tamponnement ni l'application des lambeaux sur la lumière du vaisseau ouvert ne suffisent à arrêter.

M. Butcher remédie à cet accident en oblitérant le vaisseau de la manière suivante. Le ténaculum étant armé d'un fil métallique enfilé dans un trou pratiqué près de la pointe, il traverse la peau, contourne la veine, ressort par la peau du côté opposé à l'ouverture d'entrée, et, en serrant quelques tours, l'hémorrhagie est arrêtée. Cet appareil est laissé en place pendant vingt-quatre heures et l'enlèvement du fil n'a jamais ramené l'hémorrhagie. (*The Dublin quaterly journal of med. science*, novembre 1866.)

Amputation tibio-tarsienne. Sur quatre cas opérés par M. Verneuil à l'hôpital Lariboisière en 1866, il y a eu deux

succès et deux revers. Les deux succès ont eu lieu chez des blessés du chemin de fer ayant le pied broyé et amputés très-peu de temps après l'accident, dès que la réaction a fait place à la dépression qui suit tout traumatisme de quelque gravité. Les deux morts, au contraire, ont eu lieu chez des personnes de constitution lymphatique, scrofuleuse, qui présentaient des altérations des os du pied. Employant le procédé de Roux, qui consiste à tailler un large lambeau sur les parties interne, inférieure et postérieure du calcanéum, M. Verneuil a même donné à ce lambeau les dimensions plus grandes que celles que lui donne l'auteur du procédé, il l'a taillé de manière à conserver le plus possible des parties molles du pied. Dans les deux cas, il a pratiqué, en outre, la résection des deux malléoles, estimant que la présence des éminences malléolaires dans le moignon ne pouvait que nuire à la bonne conformation de celui-ci. Suivant les habitudes en pareil cas, il a encore réséqué les extrémités saillantes des gros troncs nerveux contenus dans le lambeau plantaire, sur lequel reposent les os, dans le but d'empêcher les vives douleurs qui se produisent quelquefois pendant la marche, et de prévenir la formation possible de névromes sur ces mêmes extrémités nerveuses.

En présence de ces résultats contraires, opposés, M. Verneuil est conduit à préférer cette amputation dans les cas de traumatisme récent à celle que pratiquent plusieurs chirurgiens au-dessus des malléoles, tandis qu'il pense qu'elle ne convient pas aux sujets lymphatiques, scrofuleux, atteints de lésions chroniques, en les exposant à tous les accidents inhérents à une cicatrisation très-lente. Dans ces cas, il donnerait la préférence à l'amputation sus-malléolaire ; mais cette opinion reposant sur un trop petit nombre de faits, est contredite par M. Desormeaux, qui, ayant pratiqué l'amputation tibio-tarsienne chez quatre individus lymphatiques, a obtenu une cicatrisation très-rapide chez deux ; les deux autres ont succombé à des lésions étrangères à l'opération. (*Soc. de chir.*, novembre 1866.)

ANAPHRODISIE. D'après l'action spéciale du bromure de potassium à cet égard, MM. Martin Damourette et Pelvet remarquent que tous les sédatifs capillaires sont anaphrodisiaques quand leur action est portée à un certain degré. Tels sont le froid, les impressions déprimantes, le nitre, l'arsenic,

la digitale, la ciguë, le café, l'ergot de seigle, la belladone, le tabac, etc. Ils attribuent ce résultat au resserrement des artérioles qui rend l'apport du sang aux corps caverneux insuffisant pour l'érection. Tout ce qui dilate les capillaires, au contraire, comme la chaleur, les stimulants aromatiques, l'iode, le phosphore, les cantharides, etc., favorise la turgescence génitale, et sert ainsi de contre-épreuve à cette théorie simple. (*Bull. de thérap.*, septembre.)

ANATOMIE. *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie*, par H. Beaunis et A. Bouchard, professeurs agrégés d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. 1 vol. gr. in-8 de 1050 pages, avec 404 figures intercalées dans le texte et dessinées d'après nature.

Notions d'anatomie et de physiologie générales. De la génération des éléments anatomiques par M. le docteur Georges Clémenceau, précédé d'une introduction, par M. le professeur Ch. Robin. 1 vol. in-8 de 310 pages. Librairie *Germer-Baillière*. Ouvrage nouveau résumant sous forme classique, élémentaire, la doctrine de M. Robin sur la génération des éléments anatomo-physiologiques et pathologiques restée jusqu'ici éparse, divisée dans ses divers mémoires et travaux sur ce sujet. Le savant professeur en a ainsi orné, enrichi le fronton d'une introduction qui expose les généralités transcendantes de la question vue dans son ensemble. Puis dans quatre chapitres successifs, il est traité de la production et de la genèse des éléments anatomiques étudiés ensuite dans l'ovulation, puis dans les cas pathologiques. Tel est le cadre. Le fond, tout rempli des recherches, des observations, des idées du maître, est peint d'un style sobre, clair, précis, qui aidera mieux que celui de M. Robin à faire comprendre et propager ses doctrines. De là le succès obtenu par ce livre, qui en est déjà à sa deuxième édition.

Il s'ajoute aux ouvrages de MM. Taule et Onimus pour former une collection complète d'anatomie et de physiologie générales, attrayant comme tout ce qui se rattache immédiatement au mystère de la vie et qui tend à l'expliquer par une observation minutieuse, évidente, incontestable et facile à vérifier. On le lit sans fatigue malgré l'aridité du sujet, tant le style en est simple et compréhensible. Il s'adresse aux médecins du jour comme à ceux d'il y a un quart de siècle qui n'ont pas été élevés, initiés à cette anatomie microscopique, cellulaire, qui a

changé, éclairé tant d'interprétations. Et cela, non-seulement pour les familiariser avec cette nouvelle doctrine de la génération des éléments anatomiques, mais pour leur faire connaître ces éléments eux-mêmes, les termes nouveaux qui servent à les désigner, et qui, d'un emploi courant, deviennent inintelligibles sans cet initiateur.

Notions d'anatomie et de physiologie générales. Essai sur la physiologie des épithéliums, par Ernest Cabadé, docteur en médecine. Une brochure in-8° de 90 pages et deux planches gravées.

Préparations anatomiques. *Acide phénique.* Le docteur Bottini de Novarre l'a employé avec succès en solution de 3 parties sur 100 d'eau, en laissant la pièce macérer durant sept à huit jours. On l'étend ensuite sur une claie pour la faire sécher au grand air, dans la position qu'on veut lui donner. Quand la dessiccation est parfaite, si l'on recouvre la pièce d'un vernis de copal, elle peut se conserver indéfiniment. Peu dispendieux et facile à exécuter, ce procédé donne d'excellents résultats. (*Giorn. delle Venetie.*)

C'est par un procédé analogue sans doute que M. Laskonski prépare les pièces qu'il a présentées au Congrès international, car elles exhalent une forte odeur d'acide phénique, et l'auteur a révélé, en effet, s'en servir pour l'injection des vaisseaux. Ces pièces conservent la souplesse, mais non la couleur normale des tissus.

Procédé Brunetti. Resté secret jusqu'à ce jour, ce procédé a été dévoilé, par son auteur, au Congrès médical international, par suite de la récompense extraordinaire qu'il a obtenue à l'Exposition. Il se compose :

1° De *lavage* à l'aide d'injections d'eau pure dans les vaisseaux et les canaux excréteurs, puis d'alcool pour achever d'enlever l'eau. Cette injection a pour but d'empêcher la putréfaction et de préparer les voies aux autres substances douées de la propriété d'arrêter la décomposition putride.

2° Le *dégraissage* doit précéder la tannification. Il est pratiqué à l'aide de l'éther sulfurique, injecté à travers les vaisseaux jusque dans la trame des tissus.

3° La *tannification.* L'éther enlevé par des lavages répétés,

le tannin dissous dans l'eau distillée bouillante est injecté dans les artères, les veines et les canaux excréteurs.

4° La *dessiccation* s'effectue avec de l'air chaud et desséché à l'aide de chlorure de calcium. Cet air pénètre à l'intérieur des tissus par le moyen d'une pompe aspirante et foulante, qui porte jusque dans les éléments histologiques primitifs un courant continu d'air comprimé à la pression de plusieurs atmosphères. L'air arrive aux extrémités les plus déliées des vaisseaux capillaires, traverse leurs parois, pénètre dans toutes les cavités, s'insinue dans tous les interstices, chassant devant lui tous les liquides qu'il remplace. Grâce à lui, les vaisseaux gardent leur état normal de dilatation, comme s'ils étaient encore parcourus par les liquides.

Ce procédé a le grand avantage de conserver les formes histologiques et les rapports anatomo-topographiques. La pièce reste souple, légère, et se conserve indéfiniment.

ANESTHÉSIE. *Éther ou chloroforme.* Aux partisans absolus du premier et par conséquent adversaires, détracteurs, du second, qui se rencontrent surtout à Lyon, M. le docteur Icard montre que 7 cas authentiques de mort par l'éthérisation ont été constatés dans les hôpitaux de Lyon même, et qu'en les joignant aux 11 recueillis à Boston, berceau de l'éthérisation, cas signalés par M. Giraldès dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, cela fait un total assez imposant pour ne plus innocenter l'éther aux dépens du chloroforme. Si l'on pouvait calculer exactement, en effet, la proportion des morts par l'un et l'autre agent, peut-être la différence ne serait pas considérable. Aussi les chirurgiens lyonnais ont-ils réclamé contre cette statistique; plusieurs cas n'ayant été mortels que par la gravité des accidents du traumatisme ou de l'hémorrhagie. Un rapport fait à la Société de médecine de Lyon montre ce qu'il y a de fondé à cet égard.

L'observation suivante, communiquée par M. Laroyenne, ne laisse malheureusement aucun doute sur la nocuité directe de l'éther :

Femme de quarante-huit ans; constitution débile. Affection ancienne de la jambe gauche, anesthésie pratiquée avec ménagement, amenant l'insensibilité après inhalation de 40 grammes d'éther. Redressement facile; la malade est placée dans une gouttière de Bonnet. Deux ou trois minutes après la cessation

de l'éthérisation : respiration embarrassée, face pâle, pouls insensible. La position déclive de la tête et quelques aspersions d'eau froide sur la face suffisent à rappeler la malade de cette première syncope. A peine est-elle transportée dans son lit, quinze minutes après la première syncope, qu'une nouvelle se déclare et, malgré la respiration artificielle, malgré l'insufflation prolongée, la galvanisation du diaphragme et des intercostaux, malgré la galvanisation du cœur à l'aide de longues aiguilles à acupuncture, il est impossible de la rappeler à la vie.

L'examen attentif des organes thoraciques avant l'anesthésie n'avait démontré aucune lésion organique. L'analyse de l'éther faite par M. le professeur Glénard, constata qu'il marquait plus de 62 degrés, et qu'il ne contenait aucune substance étrangère, si ce n'est 3 pour 100 d'eau. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mai.)

Quant aux atténuations invoquées en faveur de l'éther, il y aurait les mêmes réserves à faire pour le chloroforme, et il est probable qu'en fin de compte la balance s'équilibrerait. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* relate même 4 cas de mort foudroyante avant le commencement de l'opération comme avec le chloroforme.

Frappé des différences individuelles pour l'éthérisation, des malaises, céphalalgie, nausées, vomituritions que certains individus éprouvent sous son influence, M. Laroyenne est d'avis de respecter ces prédispositions en remplaçant, dans ces cas, l'éther par quelques gouttes de chloroforme. De même dans certaines opérations de la chirurgie oculaire, l'iridectomie par exemple, ainsi que dans la réduction des fractures compliquées, où la période d'excitation, de délire peut rendre l'éthérisation si préjudiciable. De même dans les convulsions éclamptiques et toutes les fois que l'on manque d'aides pour contenir les patients.

M. Desgranges reconnaît que le chloroforme est spécialement indiqué chez les malades atteints de convulsions à cause de leur tolérance remarquable pour cet agent, ainsi que les enfants chez qui l'éthérisation engendre des mucosités laryngo-trachéales qui amènent des suffocations pénibles et parfois inquiétantes.

Dans la dernière guerre d'Allemagne, dit M. Heyfelder, les opérations ont été généralement pratiquées sous l'influence du chloroforme par les chirurgiens prussiens. Aux blessés qui in-

spiraient mal ou avec mauvaise volonté la vapeur anesthésique, on ordonnait de compter à haute voix, et, en moins d'une minute, l'anesthésie se manifestait. S'il y a là un moyen d'en abréger les inhalations, c'est peut-être le plus sûr d'éviter les accidents.

En Angleterre, où l'on montre tant de sollicitude pour les souffrances des animaux, on laisse sans cesse mourir des hommes par la chloroformisation sans s'en inquiéter autrement. Un malheur de ce genre est encore arrivé à *S. Mary's hospital* le 26 février, frappant un jeune garçon chloroformé pour la réduction d'une luxation du pouce. Quand tant d'exemples prouvent le danger de cet agent, surtout en Angleterre, pourquoi ne pas s'en abstenir dans toutes les petites opérations ou recourir à l'anesthésie localisée? Au contraire, comme atténuation à un aussi irréparable malheur, on se borne à évaluer la quantité de chloroforme absorbé pour montrer qu'il n'y a pas eu faute lourde, et tout est dit ; on recommence le lendemain. En vérité, il serait temps que parmi les projets de loi actuellement en discussion devant le Parlement anglais sur les réformes hospitalières, une clause vînt réprimer la chloroformilie de nos confrères d'outre-Manche. Le résultat n'en pourrait être qu'avantageux.

Action du chloroforme. Contrairement à l'opinion générale, M. le docteur Faure conteste qu'il soit absorbé et passe dans la circulation comme les autres corps gazeux qui, saisis par le sang dans les poumons, vont se rendre dans toute l'économie de manière à en imprégner les parties les plus intimes. Des expériences variées justifient cette interprétation. Le sang sortant de la veine et soumis aux vapeurs de chloroforme se coagule immédiatement. La circulation s'arrête dans les membranes fines qu'atteint la vapeur du chloroforme comme la membrane interdigitale d'une patte de grenouille, la membrane du prépuce chez l'homme, celle du rectum chez les animaux comme sur toute membrane muqueuse à épithélium très-mince. La membrane rougit aussitôt, les vaisseaux visibles acquièrent un volume considérable; ceux qui ne l'étaient pas le deviennent immédiatement, la circulation est manifestement suspendue.

L'examen anatomique confirme ce fait. Si l'on ouvre simultanément la poitrine de deux animaux sacrifiés l'un par le chloroforme et l'autre d'une manière différente, les poumons offrent les

différences suivantes : ceux du premier sont d'un rouge vif, ils ne s'affaissent pas sous la pression atmosphérique et présentent une certaine résistance sous le doigt. La membrane pulmonaire qui, en tout autre cas, pâlit immédiatement et devient exsangue, est manifestement injectée. Ses vaisseaux restent pleins d'un sang qui ne s'écoule pas. Les autres, au contraire, se décolorent, s'affaissent, se rétractent et se réduisent à rien. Bien plus, si au moyen d'un tube on fait respirer le chloroforme par un poumon et l'air par l'autre, on constate à l'autopsie les mêmes différences. Les modifications anatomiques indiquent donc une action locale qui ne saurait être niée et les phénomènes physiologiques montrent qu'elle est indispensable à l'anesthésie.

En effet, si l'on introduit dans la trachée ouverte d'un animal, l'extrémité d'un tube en caoutchouc communiquant avec un flacon de chloroforme, jusqu'au-dessous de la bifurcation, l'animal respire, le chloroforme diminue à vue d'œil et aucun effet anesthésique n'apparaît lors même que l'expérience est prolongée pendant trente minutes. Si au contraire, le tube est arrêté au-dessus de la bifurcation de la trachée, l'anesthésie est complète après quelques minutes d'inhalation. Et puis, si l'anesthésie étant complète, on fait descendre de nouveau le tube dans l'une des bronches, l'anesthésie cesse en quelques instants, la sensibilité revient et persiste, si prolongée que soit l'inhalation et si grande que soit la quantité de chloroforme. Démonstration évidente du rôle que joue l'état du système pulmonaire dans l'anesthésie, subordonnée à ces modifications, dont la principale est connue dans l'asphyxie : la suppression totale de la respiration. V. Asphyxie.

Rien ne confirme mieux cette action locale que la comparaison de ces effets avec ceux que produit l'inhalation de l'oxyde de carbone par les mêmes procédés. Ici l'animal est tué en trois secondes, quoique le tube soit engagé dans une seule bronche. Toute la masse du sang de l'animal tué aussitôt est imprégnée de ce gaz et présente les mêmes caractères qu'il lui communique sous une éprouvette. Le poumon a conservé sa couleur, sa densité, son élasticité et ne diffère en rien de l'état normal. Tout montre donc qu'il subit une action spéciale au contact du chloroforme, qu'il devient imperméable et se transforme finalement en une sorte d'impasse où ce gaz s'accumule indéfiniment. (*Archiv. de méd.*, mai.)

A ces expériences, M. Mayet objecte que l'anesthésie ne

s'obtient pas par un seul poumon, parce que l'exhalation par l'autre empêche l'accumulation dans l'économie d'une quantité suffisante de vapeurs du chloroforme. Il est inadmissible qu'il se produise une coagulation dans les capillaires du poumon sans danger pour la vie dans l'immense majorité des cas et avec rétablissement de l'hématose dès qu'on cesse l'inhalation. La couleur rutilante du sang des opérés prouve qu'il n'y a pas asphyxie. et l'absorption est si réelle que M. Perrin a constaté l'accumulation des anesthésiques dans les centres nerveux. Il y a donc bien absorption et non asphyxie.

Mais M. Desgranges met un correctif à ces affirmations trop absolues. Tout en croyant que le chloroforme agit plutôt sur le cœur et l'éther sur le poumon, il a vu le sang artériel perdre sa couleur rutilante et devenir noir dans les éthérisations avancées. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mai.)

Période d'excitation. Elle ne doit s'entendre que de l'agitation du corps et de l'esprit de l'animal selon M. Bert, et non, comme beaucoup de personnes l'entendent, de l'excitation du système nerveux cérébro-spinal dont l'action augmenterait pour diminuer ensuite et s'accumuler pour la réceptivité et la réflectivité. Il en trouve la preuve dans l'expérience suivante. Sectionnant la moelle épinière sur un chat ou un lapin nouveau-né au niveau de la région dorsale, il obtient encore, malgré la paralysie immédiate du train postérieur, des mouvements réflexes intenses. En plaçant alors l'animal dans une atmosphère chargée d'éther ou de chloroforme, on voit, après l'agitation très-vive de la face et des pattes antérieures, l'insensibilité revenir à peu près en même temps pour les deux paires de membres. Mais nulle agitation ne s'est manifestée dans les membres postérieurs, et même en les pinçant à différents moments de l'inhalation anesthésique, on voit la sensibilité y diminuer graduellement à partir de l'état normal. Aucune surexcitation des propriétés de la moelle n'a donc précédé leur disparition. Donc, cette excitation n'existe pas pour le centre nerveux rachidien.

Quant à l'agitation excessive des membres antérieurs de la tête, il l'attribue *incontestablement*, dit-il, à l'action irritante du chloroforme ou de l'éther sur les muqueuses oculaire, nasale, buccale et surtout glottique. Il justifie cette interprétation en ouvrant la trachée d'un lapin et en y fixant un tube de verre muni d'une petite ampoule dans laquelle on place des bour-

donnets de ouate imbibés du liquide anesthésique. En laissant ainsi l'animal en pleine liberté, si l'acte respiratoire n'est pas gêné, on le voit s'arrêter d'abord dans sa marche, s'accroupir, puis s'endormir tranquillement en devenant complétement insensible sans avoir offert aucune excitation. (*Acad. des sciences.*)

Ces derniers résultats sont au moins surprenants et il faudrait, pour en tirer des inductions valables, avoir répété l'expérience sur l'homme dans un cas de fistule trachéenne, comme le propose l'auteur. On verrait alors s'il se manifeste quelques-uns de ces phénomènes rapportés jusqu'ici à l'excitation du cerveau et qui ne seraient au contraire que la conséquence d'une cessation incomplète et irrégulière de ses fonctions, c'est-à-dire que l'agitation du corps serait due à l'action irritante du chloroforme ou de l éther, et le délire, les rêves le plus souvent gais, à l'anesthésie proprement dite. Ce seraient deux effets indépendants. Mais ces expériences et les conclusions absolues que l'on en tire si prématurément, ne sont que spécieuses. N'était-il pas rigoureux et facile de les corroborer en expérimentant avec d'autres anesthésiques, plutôt que de jeter ainsi le doute et le trouble dans les traditions scientifiques. Aussi ne poursuivrons-nous pas plus loin les théories basardées que M. Bert déduit de ces expériences incomplètes sur le mécanisme de l'agitation, du délire scientifique et la thérapeutique à y opposer.

Protoxyde d'azote. Contrairement à l'innocuité que M. Préterre a constatée avec ce gaz dans les nombreuses expériences qu'il en a faites comme anesthésique (Voy. *année* 1866), M. Hermann (de Berlin) lui a trouvé des dangers très-graves, de même que Proust et Vauquelin, il y a quarante ans. Deux fois, dit-il, j'ai respiré ce gaz pur, en présence de plusieurs physiologistes, et les deux fois j'ai subi une asphyxie complète. L'effet produit n'est cependant pas désagréable, parce que l'enivrement produit par le gaz ne permet pas de sentir la dyspnée quoique parfaitement réelle. Cet état d'asphyxie, où la face est pâle, les lèvres bleuâtres, diffère beaucoup de celui qu'offre une personne respirant un mélange du même gaz avec l'oxygène, dans le rapport de 4 à 1, par exemple, l'expérimentateur est alors aussitôt enivré, quoique moins que l'autre, mais la face reste rouge, etc. D'où il conclut que, respiré pur, le protoxyde d'azote est dangereux, car on obtient, outre l'enivrement, une *asphyxie* qui peut tuer la personne; administré

à l'état de mélange avec l'oxygène, seul procédé qui, à mon avis, ne serait pas un *crime* de la part de l'opérateur, il constitue un très-faible anesthésique dont on reviendra bientôt.

Cette différence d'effets obtenus dépend, selon M. Dumas, du mode de préparation. Pur, le gaz protoxyde d'azote est absolument inoffensif, mais il peut contenir du bioxyde essentiellement vénéneux. Or, cette préparation est fort difficile, tandis qu'il n'est rien de plus facile que d'obtenir l'éther et le chloroforme à un état de pureté suffisant. (*Acad. des sc.*, février.)

Tetrachloride de carbone. Nouveau composé chloro-carboné, présenté comme anesthésique par le docteur Smith, qui l'a expérimenté dans plusieurs cas. D'une odeur agréable, il est facilement inspiré et produit l'insensibilité dans une demi-minute, sans excitation ni perte complète de la conscience, ce qui le recommande surtout en obstétrique. Il l'a employé avec succès pour calmer des céphalalgies et des dysménorrhées douloureuses. Ses effets anesthésiques se dissipent aussi rapidement, sans nul malaise consécutif; son emploi interne et externe calme les douleurs. Mais voilà bien des avantages qui, tout en étant proclamés par *The Lancet*, méritent d'être vérifiés; et, comme nous possédons le type, on négligera toujours les succédanés.

Anesthésie locale. *Danger de l'éthérisation localisée.* Chez une jeune femme admise à *Middlesex hospital*, M. Lawson ayant diagnostiqué un abcès profond sous le grand pectoral, crut devoir anesthésier la partie avant d'y plonger le bistouri. Le pulvérisateur de Richardson fut employé à cet effet avec de l'éther rectifié, et la congélation de la peau s'ensuivit rapidement et dura quelques minutes. Le résultat fut la mortification de la peau de 1 pouce carré environ sur la partie supérieure du sein, et une cicatrice indélébile visible. L'opérée est une femme de chambre, mais que ce fût malheureusement sa maîtresse et elle ne pouvait plus paraître en soirée avec les vêtements décolletés à la mode sans laisser voir ce stigmate, pouvant avoir de graves dommages pour elle sur le marché matrimonial. Si exceptionnel que soit ce cas, il est utile de le signaler pour ne pas exposer d'autres opérateurs à de vifs reproches. (*Lancet.*)

Afin de prévenir l'oxydation du *sprays'producer* de Richard-

son, M. Stapfer a fait construire par Galante un nouvel instrument sur le modèle du premier, dans lequel les tubes métalliques sont remplacés par des tubes en verre recouverts de maillechort (*Acad. de méd.*, février). Si l'extérieur de ces tubes ne peut ainsi s'oxyder, en est-il de même de l'extérieur, et les substances liquides en contact avec lui ne peuvent-elles ainsi s'altérer ?

Hydrostatic atomiser. C'est une modification de l'appareil de Richardson pour l'anesthésie locale, comme chaque pays en produit à l'envi, et qui semble en faciliter, en simplifier l'application, imaginé par le docteur Arnold de Roxbury. Deux vases clos cylindriques en métal, pouvant contenir 4 à 5 litres de liquide, et communiquant ensemble par un tube en caoutchouc fixé à leur partie inférieure, composent cet appareil. L'un étant rempli d'eau, il suffit de le placer à une certaine élévation de l'autre pour que le liquide, y arrivant par le tube conducteur, déplace l'air qui s'y trouve et le chasse par un tube élastique fixé à sa partie supérieure. Or, l'extrémité libre de ce tube communiquant à un flacon d'éther ou de rhigolène, celui-ci est atomisé et dirigé par le courant d'air sur la partie à anesthésier sans qu'il soit besoin d'aide. En changeant les vases de position, on peut continuer l'opération indéfiniment sans perdre une seule goutte de liquide. (*Boston med. journal*, n° 2026.)

ANÉVRYSME. *Rareté chez l'enfant.* A l'occasion d'un anévrysme de la fémorale observé à l'hôpital Saint-Barthélemy sur un garçon de douze ans et guéri par la ligature de l'iliaque externe, M. Smith en démontre la rareté par la statistique suivante. Sur plus de 12 000 enfants, reçus à l'hôpital des Enfants malades de Londres, depuis quatorze ans qu'il est fondé, il n'en a été reçu que 4 cas :

SIÉGE.	SEXE.	AGE.	CHIRURGIENS.
Poplité.........	Garçon.	7	Syme.
Carotide........	Fille.	10	Hodgson.
Tibiale antérieure..	Garçon.	11	A. Cooper.
Carotide........	Fille.	18	Syker.

Sur un relevé de 120 cas, Lisfranc en cite également 4 chez des enfants de treize à quinze et vingt ans. C'est donc un total de 9 cas seulement. (*British med. journal*, mars.)

Diagnostic différentiel. Une tumeur grosse comme la tête

d'un fœtus à terme, descendant à 5 ou 6 centimètres du pli du bras gauche, avec bosselure à ce niveau, survenue à la suite d'une saignée faite par une religeuse chez un jeune homme de vingt-quatre ans, s'offre à M. Tillaux, à l'hôpital de la Charité. La peau est rouge, violacée, très-amincie comme dans un abcès chaud; fluctuation très-manifeste. Pas de soulèvement ni de bruit de la tumeur, pas de changement par la compression au-dessus; battements plus faibles des artères au-dessous. Les antécédents seuls indiquaient donc une poche anévrysmale enflammée menaçant de s'ouvrir. Mais quel était cet anévrysme : était-il artériel ou artério-veineux? Une ponction montre des caillots noirs en petite quantité, et le sac ayant dû être incisé plus tard, montra des caillots fibrineux. En raison de ce signe, ce ne pouvait donc être qu'un anévrysme artériel, faux primitif, dit M. Després, qui ne conçoit pas de doute à cet égard L'engourdissement, le refroidissement des doigts ni aucun des signes de la phlébartérie n'existent; il n'y avait pas lieu de songer à un anévrysme artério-veineux, dit-il.

Pour justifier sa réserve d'un diagnostic précis, M. Tillaux, soutenu par M. Broca, invoque la modification, le changement des parties, et quant à la présence des caillots, l'inflammation de la poche comme pouvant la produire. Mais M. Després montre par les statistiques des différents auteurs que même dans ces conditions, la coagulation du sang est si rare dans les anévrysmes artério-veineux, que deux cas seulement sont relatés par M. Broca, et encore des réserves doivent-elles être faites pour l'un deux. La présence de caillots sans souffle, thrill ou battement, ni l'engourdissement, le refroidissement des doigts ne suffisent donc à diagnostiquer l'anévrysme artériel et *vice versa*. (*Soc. de chir.*, novembre, et *Bull. de thérap.*, décembre 1866).

L'insistance de M. Després pour la précision de ce diagnostic différentiel n'est pas sans importance, car de là dépend le traitement à suivre. Sans quoi on risque de se tromper, d'en adopter un pour l'autre et de revenir ensuite au premier comme ce cas en est un exemple.

Anévrysme de l'innominée. *Ligature simultanée de la sous-clavière et de la carotide.* Ce fait offre l'intérêt d'une opération nouvelle et non encore exécutée. Elle l'a été par M. Heath, à l'hôpital Westminster, sur une femme de trente ans, portant une tumeur pulsative derrière l'extrémité interne de la clavicule droite qui

la poussait en avant et remplissait le creux sous-claviculaire. Orthopnée et dysphagie. Le 21 novembre, M. Heath lie la sous-clavière à son tiers inférieur, au delà des scalènes, et la carotide primitive droite au-dessus de l'omo-hyoïdien. Dès le même jour, les battements reparaissent dans les artères temporales et faciales droites; le membre conserve sa chaleur. Une légère pulsation fut perçue le troisième jour dans la brachiale, et le quatrième le pouls radial reparaissait alors que les battements de la tumeur étaient moins distincts et sans bruits. Elle diminua graduellement ainsi que les battements; chute des ligatures le dix-huitième jour et cicatrisation de la plaie sans accident.

Depuis, des excès alcooliques ont amené une augmentation momentanée de la tumeur avec dyspnée; mais sans pulsations ni bruits. L'opérée marche, se couche et travaille comme à l'état normal, et quand elle est sobre, sa santé est parfaite. (*Union méd.*, 1866, n° 15, et *Roy. med. and surg. Society of London*, décembre 1866.)

Ce beau succès est attribué à la ligature simultanée des deux artères et à celle de la sous-clavière à son tiers inférieur, qui a permis de laisser quelques branches libres entre la ligature et le sac conformément aux principes posés par Wardrop.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. *Trachéotomie.* Pratiquée une seule fois par M. Trousseau, il y a une trentaine d'années, cette opération a été généralement repoussée dans ce cas, par la raison que la dyspnée est due à la paralysie du nerf récurrent et au relâchement consécutif des muscles de la glotte, et qu'ainsi elle ne préviendrait pas l'asphyxie. Or, l'inspection laryngoscopique a appris précisément le contraire à M. Krishaber. Loin d'être *paralysé*, le récurrent est excité par le voisinage de la poche anévrysmale et les muscles du larynx sont *contracturés*, et non relâchés par cette excitation. La glotte est ainsi rétrécie, d'où la gêne de la respiration. Quand ce nerf, matériellement lésé par le contact de l'anévrysme, détermine la paralysie des muscles laryngés, la dyspnée n'en est pas la conséquence, car la glotte est largement ouverte.

Ces faits sont confirmés par la section simple ou double des récurrents chez les animaux. Le relâchement constant de la corde vocale en résultant amène l'aphonie sans gêner la respiration, tandis que c'est un effet contraire par la galvanisation de ces nerfs. La glotte se resserre violemment et l'animal

étouffe, ce qui s'explique aisément. La section du récurrent paralyse tous les muscles intrinsèques du larynx, sauf les trycothyroïdiens, qui laissent ainsi la glotte béante, tandis qu'en excitant les laryngés inférieurs, tous ces muscles entrent en action, et, comme les muscles constricteurs l'emportent de beaucoup sur l'unique muscle dilatateur, la glotte se trouve rétrécie.

Un seul muscle, l'aryténoïdien, modifie ces effets contraires, opposés. Implanté sur les deux bords du cartilage du même nom, il rapproche ses deux insertions en se contractant. C'est le seul muscle de l'économie qui étend simultanément son action sur les deux côtés d'un organe symétrique; particularité importante dans l'espèce. Car si la section ou la paralysie d'un récurrent ne produit que des effets unilatéraux, l'excitation en détermine de bilatéraux par ce motif. C'est ainsi que celle-ci amène le rétrécissement de la glotte interligamenteuse par l'action des muscles cricoaryténoïdien latéral et thyroaryténoïdien, muscles pairs, et l'occlusion simultanée complète de la glotte respiratoire par l'action du muscle aryténoïdien.

M. Krishaber a constaté, avec le laryngoscope, qu'il en était ainsi durant un accès de dyspnée dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte. La corde vocale gauche était rapprochée du plan médian dans toute sa longueur et la droite à l'état normal dans ses deux tiers inférieurs; mais l'espace compris entre les cartilages aryténoïdes, c'est-à-dire la glotte respiratoire, était complétement fermé. D'où résultait une dyspnée extrême, surtout dans les inspirations; gêne paroxistique ou spasmodique comme dans toute excitation nerveuse. La voix, au contraire, continuait à se faire entendre plus distinctement.

D'autres phénomènes confirment cette démonstration directe que l'asphyxie est due à l'excitation, et non à la paralysie du nerf récurrent. La dyspnée survient subitement à l'occasion d'un effort, d'une émotion, et disparaît aussi brusquement pour revenir ensuite; en un mot, elle est paroxystique, tandis que l'effet de la paralysie serait continu, de même que si elle était le résultat de la compression directe de la trachée. L'asphyxie ne résulte donc pas de la paralysie comme les auteurs l'admettent, non plus que de la compression, car il est démontré que la trachée peut être réduite au tiers de son diamètre par des végétations, des polypes, des coarctations, des corps étrangers, sans qu'elle se produise, surtout avec ces

formidables accès observés dans l'anévrysme de l'aorte. La canule qu'on applique après la trachéotomie, d'un calibre de moitié ou d'un tiers seulement de la trachée, en est la meilleure démonstration. Enfin, la clinique montre que la paralysie du récurrent entraîne la perte de la voix, tandis qu'elle n'est que rauque dans la contracture des muscles laryngés. (*Soc. de biol.*, 1866.)

C'est devant cet ensemble de preuves rationnelles, expérimentale et clinique, que M. Krishaber conclut à l'*opportunité* de la trachéotomie contre l'asphyxie menaçante dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte. L'aphonie seule indiquant la paralysie, ou une lésion quelconque du nerf récurrent, la contre-indique. Sans doute, cette opération ne pourra que prolonger la vie du malade, le soulager et non le guérir ; mais ce résultat, quoique non assuré encore par les faits, est entouré d'assez de garanties pour que l'on puisse la tenter dans les cas désespérés.

Anévrysme de l'aorte abdominale. Peut être simulé par un abcès du foie. — Voy. Foie.

Anévrysme traumatique de l'artère vertébrale. Un homme de vingt-trois ans reçoit un coup de couteau au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. Une hémorrhagie s'ensuit, qui est arrêtée par la compression et l'amadou. La plaie se cicatrise; mais, trois semaines après, une petite tumeur pulsative s'observe au-dessous de la cicatrice, et détermine en augmentant des bourdonnements dans l'oreille et des étourdissements par accès.

Le blessé entre à l'hôpital sept semaines après, et M. Lücke constate une tumeur grosse comme le poing, hémisphérique, sans altération de la peau, s'étendant en profondeur entre les apophyses mastoïde et thyroïde, et jusqu'à la moitié droite de l'écaille occipitale. Pulsations nettes, bruit de souffle, fluctuation, ne laissant aucun doute sur sa nature anévrysmale.

Restait à déterminer l'artère lésée. Le siége de la cicatrice faisait penser à l'occipitale ou à l'auriculaire postérieure ; mais la compression de la carotide primitive diminuant le volume de la tumeur et ses battements, il était plus rationnel d'accuser la vertébrale ou la carotide externe. On lia néanmoins la carotide primitive sans qu'il en résultât aucun changement. Au contraire, la tumeur augmenta, et sa rupture devenant immi-

nente, on fit des injections coagulantes. Le caillot se formait lorsqu'une plaque gangréneuse survint qui, par son élimination, détermina une hémorrhagie abondante. L'ouverture du sac fut ensuite pratiquée, sans que l'on pût reconnaître le vaisseau lésé ; le doigt rencontrait une cavité entre l'atlas et l'occipital cariés. Il fallut donc se borner au tamponnement. Une paralysie y succéda, et bientôt le malade succomba. L'autopsie seule démontra que l'artère vertébrale avait été coupée entre l'atlas et l'occipital, sans que la moelle fût lésée. C'est donc là un fait intéressant et qui montre bien les difficultés, pour ne pas dire l'impossibilité du diagnostic, dans ce cas peut-être unique. (*Arch. f r klinis. Chir.*)

Anévrysme de la carotide primitive. *Compression efficace.* Un homme reçoit un coup de couteau à la partie inférieure et latérale du cou ; abondante hémorrhagie consécutive. Après quelques mois, sensation de battements, formation d'une tumeur dure, irréductible par la compression. Onze mois après, M. Ciniselli constate une tumeur s'étendant jusqu'à l'angle de la mâchoire sans souffle, mais avec battements ; elle était réductible. On tenta la compression directe avec une éponge fixée par un appareil. Le malade la supporta très-péniblement, et, après quatre-vingt-dix-sept jours, la tumeur ne dépassait pas le volume d'une noix, sans battements ni souffle. Elle était réduite à une petite saillie cinq mois après, et M. Ciniselli constata la perméabilité de l'artère.

Devant l'invraisemblance que la compression directe ait pu suffire à guérir un anévrysme carotidien, M. Velpeau élève des doutes sur la réalité, et croit plutôt à un anévrysme de l'artère vertébrale. Il y a six cas de méprise semblable, dit M. Lefort, et la difficulté du diagnostic différentiel, comme le montre une autre observation, exonère l'observateur de tout reproche à cet égard. (*Soc. de chir.*, mars.)

Anévrysme embolique. Un homme de soixante-cinq ans est admis dans le service de M. Erichsen, à l'hôpital du collége de l'Université, pour une gangrène du pied paraissant due à une embolie de l'artère tibiale. A l'examen, on trouve une tumeur grosse comme un œuf dans le jarret, dont le malade était inconscient. L'absence de pulsations et de bruits rendait le diagnostic incertain. L'amputation, pratiquée au-dessus du

genou, montra un anévrysme en voie de guérison spontanée, des concrétions fibrineuses, remplissant environ les deux tiers du sac et le trajet du courant sanguin central, occupé par un caillot noir s'étendant au-dessus et au-dessous du sac. La veine poplitée, placée au-dessous, en était comprimée, et la veine tibiale, ainsi que les veines superficielles très-distendues, contenaient des caillots. C'est donc là un exemple remarquable d'un anévrysme existant depuis longtemps, sans révéler sa présence, et déterminant la gangrène du membre par sa guérison spontanée. (*The pathol. Society*, mai.)

Ce cas rare et intéressant se rapproche évidemment de la gangrène provoquée par les injections coagulantes dans le sac, comme M. Chabrier d'Aix en a observé un exemple en 1865. La nature médicatrice aussi bien que l'art échoue parfois dans ses tentatives de guérison.

Anévrysme de l'artère ovarique droite. — Je fus appelé en toute hâte, dit le docteur Whitmarsh, pour voir une laveuse de trente-sept ans, qui venait de tomber en syncope en chargeant un paquet de linge sur sa voiture. Elle n'accusait qu'une vive douleur dans l'abdomen. Elle était étendue sur son lit dans le décubitus, pâle, face grippée, peau froide et le pouls à peine perceptible; matité du ventre. Malgré une médication calmante très-active, les accidents, loin de s'amender, augmentèrent; elle succomba rapidement.

J'appris que cette femme, mariée, avait toujours été irrégulièrement réglée avec de grandes douleurs, et avait eu quatre fausses couches de morts-nés. A l'autopsie, la moitié inférieure de l'abdomen est tellement remplie de sang caillé, que l'on n'en distingue pas les viscères. Le poids s'en élève à trois livres. En l'enlevant avec soin, je vis qu'il provenait d'un anévrysme de l'artère ovarique droite, du volume d'un petit œuf de pigeon, dont la rupture avait déterminé les accidents et la mort. Le sac était encore rempli de sang caillé. (*British med. journ.*, août.)

ANGINE. Angine de poitrine. *Nitrite d'amyle.* Devant l'incertitude des nombreux moyens préconisés contre l'*angina pectoris*, et le danger imminent qu'elle fait courir à la vie, le nouvel essai du docteur Brunton est au moins justifié. Ayant employé en vain la digitale, l'aconit, la lobélie, et tous les sti-

mulants diffusibles dans un cas observé dans ses salles de l'infirmerie royale d'Édimbourg l'hiver dernier, — où la douleur était très-intense, de une heure à une heure et demie de durée, et revenant chaque nuit entre deux à quatre heures du matin, — ce praticien fut conduit à employer le nitrite d'amyle en voyant que de petites émissions sanguines de 3 à 4 onces soulageaient toujours immédiatement le patient. Attribuant ce soulagement à la diminution de la tension artérielle que, d'après les récentes expériences inédites du docteur A. Gamgee faites avec le sphygmographe et l'hémodynamomètre, ce nouveau composé carboné produit de même, il y recourut avec l'approbation du docteur Hughes Bennett, en en faisant tomber de 5 à 10 gouttes sur un mouchoir qu'il fit inhaler au patient durant l'accès. En moins d'une minute, et simultanément avec la rougeur de la face, la douleur disparut complétement et ne revint que la nuit suivante. Parfois elle reparut cinq minutes après; mais, en faisant inhaler de nouveau quelques gouttes de nitrite d'amyle, elle cessait aussitôt, à l'exception d'un point douloureux à 2 pouces en dedans du mamelon droit. Dans plusieurs autres cas où il a été expérimenté, le mal céda complétement; au contraire, dans le cas d'anévrysme, il n'amena aucun soulagement non plus que les saignées.

Par l'observation sphygmographique, M. Brunton s'est convaincu de la diminution du pouls au début de l'accès, et de la tension artérielle augmentant proportionnellement à l'intensité de la douleur. Durant l'accès, la respiration est courte, le pouls petit et rapide, et la tension artérielle élevée et résultant de la contraction des capillaires. Aussitôt l'inhalation du nitrite d'amyle, au contraire, le pouls devient plus lent et plus plein, la tension diminue et la respiration est moins gênée. Tant que le pouls reste petit et tendu, on n'est pas sûr de la disparition définitive de l'accès.

On doit augmenter la dose du nitrite d'amyle à mesure que l'on en fait usage. Comme mode économique de son emploi en inhalations, le docteur Richardson recommande d'en verser quelques gouttes dans un cornet de papier, de préférence à un linge; une quantité moindre est nécessaire par ce procédé. (*Lancet*, juillet.)

Si cette découverte se confirme, elle sera d'un précieux secours pour le médecin en présence de ces douleurs indicibles, *spasmodiques* de l'angine de poitrine, contre lesquelles il était désarmé jusqu'ici.

ANTAGONISME. *Opium et belladone.* Quoique bien établi par des faits concluants, l'antagonisme de l'opium avec la belladone est encore l'objet de contestations désespérées de quelques incrédules opiniâtres qui, se prévalant de faits exceptionnels, demandent à être combattus par des exemples d'une évidence irrécusable. Tel est celui que relate le *New-York medical Journal* de novembre 1866. Le malade avait pris de 5 à 10 grains de sulfate de morphine, et malgré tous les soins consécutifs, le coma survint et allait être mortel lorsque le docteur Mitchell prescrivit un lavement avec 4 grammes de teinture de belladone. Une injection sous-cutanée fut faite ensuite avec un quart de grain d'atropine; la chaleur fut entretenue autour du corps et la respiration maintenue avec une batterie électrique. Que ces moyens accessoires eussent été omis et le cas devenant fatal, faudrait-il conclure à la non-réalité de l'antagonisme? Non, car il lui faut le temps de s'exercer . C'est ainsi que, dans ce cas, le patient recouvra la connaissance, puis ses mouvements, et guérit complétement. Quelles objections opposer à ce cas péremptoire?

Une nouvelle observation de M. C. Paul met si bien en évidence cette action antagoniste et le précieux secours qu'en peut tirer la thérapeutique, qu'elle ne saurait être passée sous silence, malgré le nombre déjà grand des exemples analogues. Elle équivaut à une expérience *in anima vili.*

Appelé le 1er avril 1866 auprès d'une Italienne de vingt-trois ans qui venait d'avaler une fiole de laudanum achetée à Rome, il la trouva en proie à tous les signes de cet empoisonnement deux heures après l'ingestion, quoiqu'un vomitif eût été administré. L'examen de la bouteille du poison permettait d'en évaluer le contenu à 30 grammes. Il prescrivit dès lors la belladone à haute dose : 15 grammes de teinture en potion, de manière à ce que chaque cuillerée à café représente 1 gramme qui fut administré d'heure en heure avec une légère infusion de café noir pour calmer la soif.

Dix à quinze minutes après l'ingestion de la première cuillerée, l'empoisonnée accuse moins de vertiges et de nausées, les paupières s'ouvrent plus facilement sans que la pupille s'élargît ni que la vue se modifiât.

Cette amélioration dura environ une demi-heure, puis les phénomènes de l'opium apparurent de nouveau, et la malade sembla n'avoir gagné qu'un soulagement momentané.

Une heure après la première cuillerée de potion on en donna une seconde; cette fois l'amélioration fut presque immédiate et dura environ trois quarts d'heure. La malade retomba alors dans cet état nauséeux qu'elle avait éprouvé les heures précédentes. On continua ainsi, jusque vers huit heures du soir, à donner une cuillerée de potion toutes les heures. Chaque fois l'amélioration apparaissait presque immédiatement, mais ne durait guère que trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, l'opium montrait de nouveau sa présence. Cependant les rechutes semblaient de moins en moins graves. M. Paul assista deux fois à cette rechute, et, après avoir bien constaté *de visu* à deux reprises le retour des accidents toxiques produits par l'opium, il se décida, à partir de huit heures du soir, après que 6 grammes de teinture de belladone avaient déjà été avalés, à rapprocher les prises du médicament à trois quarts d'heure d'intervalle.

A partir de ce moment, les phénomènes de l'empoisonnement opiacé disparurent pour ne plus reparaître.

L'administration de la belladone avait donc ici, et de la manière la plus manifeste, à six reprises différentes, contre-balancé l'action de l'opium; mais bien plus, la malade ayant pris la dose de 6 grammes de teinture de belladone, et cela en six heures consécutives, il était remarquable que la sécheresse de la gorge n'eût pas encore paru et que la pupille ne se fût point dilatée. Ce n'est qu'à partir du moment où la malade eut déjà avalé 9 grammes de teinture de belladone que la sécheresse de la gorge se montra et que le visage pâlit : les pupilles ne s'étaient pas encore dilatées. Vers deux heures et demie du matin seulement, la pupille finit par se dilater après qu'on eût administré 14 grammes de teinture de belladone.

On cessa toute médication, et la malade, ne sentant plus les manifestations de l'empoisonnement par l'opium, s'endormit vers quatre heures du matin d'un sommeil réparateur

Le lendemain, la pupille restait plus dilatée que normalement; la gorge était encore sèche et tourmentée par un besoin de déglutition qui s'opérait difficilement. Il restait une grande courbature; la face n'était plus trop injectée; les yeux étaient débarrassés de la congestion qu'ils avaient la veille, et la malade put commencer à manger. Dans la journée du lendemain tout était fini. (*Bull. de thérap.*, avril)

Néanmoins, de ce que l'antagonisme, la neutralisation

immédiate de l'une par l'autre, ne se produit pas uniformément, quelques observateurs ont contesté la réalité de ce fait. C'est ainsi qu'un enfant de cinq ans qui venait de boire par mégarde un liniment opiacé et belladoné n'en présenta pas moins, apporté à l'hôpital du Collége de l'Université, tous les signes de l'empoisonnement par la belladone : somnolence, sécheresse de la gorge, face congestionnée, dilatation des pupilles, délire, hallucinations, langue sèche, soif très-vive, démarche chancelante, anurie, etc., etc. (*Med. Times*, 1866.)

Cette conclusion n'est pas rationnelle, car les proportions d'opium et de belladone peuvent expliquer ces effets toxiques suivant que l'un ou l'autre prédomine. Dans ce cas, l'enfant avait absorbé 33 centigrammes d'extrait de belladone et 36 gouttes de teinture d'opium. L'empoisonnement par la belladone est donc tout simple et, en pareil cas, il faudrait le traiter par l'opium. D'ailleurs, ce n'est pas sur les exceptions qu'il faut se baser en médecine clinique pour poser des conclusions, car les idiosyncrasies particulières, les différences d'action ou d'absorption les expliquent suffisamment.

De l'antagonisme dans les maladies, par le docteur Lecadre (du Havre); brochure in-8°.

ANTHRAX. *Perchlorure de fer.* A son usage externe préconisé depuis plusieurs années, M. Dauvergne a ajouté l'usage interne dans un cas grave avec menace d'infection purulente qui semblait devoir être mortel. Le succès qu'il en a obtenu lui fait conseiller de l'employer à l'avenir dès les premières manifestations et pour en conjurer les suites. — Voy. Piohémie.

Anthrax diabétique. Adoptant l'opinion émise par M. Verneuil, M. Marchal (de Calvi) repousse également les incisions quand le médecin est appelé *opportunément*, c'est-à-dire avant la fonte purulente. S'il en est autrement, s'il existe une vaste collection, qu'il s'agisse d'un phlegmon, qu'il s'agisse d'un anthrax, il incise jusqu'aux limites du foyer, et badigeonne les parois avec le vin aromatique iodé.

Lorsqu'il en est temps encore, le traitement le plus rationnel de l'anthrax consiste dans l'application de l'enduit au collodion riciné de M. de Robert de Latour, étendu au delà de la zone inflammatoire, en réservant une place au centre, et dans l'usage de cataplasmes belladonés tièdes. Quand le siége de l'accident

le permet, les grands bains très-prolongés soulagent beaucoup.

L'enduit imperméable produit un double effet, il restreint le travail morbide à la circonférence, et l'active au milieu. Quand la fonte est assez avancée au centre, on y plonge le bistouri. Généralement les malades et les proches le désirent.

M. Marchal en est aujourd'hui au 21e anthrax diabétique traité de cette manière avec succès. Dans un cas, 7 anthrax se produisirent successivement et furent réprimés, c'est-à-dire restreints au centre du foyer.

Le traitement général doit être le traitement antidiabétique, à cela près qu'il faut se défier des stimulants, toute gangrène diabétique commençant par une inflammation. (*Reforme méd.*, n° 3.)

Si l'emploi des enduits imperméables est tout rationnel, on se demande comment et à quel moment on peut faire usage des autres moyens. L'un exclut l'autre manifestement.

APHASIE. *Etude sur la localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé*, par le docteur A. Carrier, interne des hôpitaux de Paris, 77 p., in-8°. Librairie *Germer Baillière*. Résumé très-précis de cette grave question qui, à deux reprises déjà, a si gravement occupé les esprits (voy. *année* 1865). Élève de M. Broca, l'auteur s'est appliqué surtout à soutenir sa doctrine. Après un esquisse historique des différentes opinions émises, des faits et des raisons apportés pour et contre, vient un exposé anatomique des circonvolutions désignées comme siége de la maladie et tendant à étayer cette localisation. Le reste est spécialement consacré à l'exposition de la doctrine de M. Broca, avec quinze des plus concluantes observations. Il faut reconnaître néanmoins, que dans ce plaidoyer impartial en apparence, ne figurent ni tous les faits contradictoires, ni les objections faites à cette localisation phrénologique, première condition de tout historien sans parti pris qui veut servir la science.

APHONIE. Pour la première fois sans doute, la laryngotomie a été exécutée comme moyen de rétablir la voix, sur l'indication de M. Moura Bourouillou, par suite de l'examen laryngoscopique qui a permis de constater des lésions qui n'eussent pu être reconnues autrement. C'est donc un nouveau service à joindre à tous ceux de cet utile instrument. Voilà le fait.

Un étranger de dix-sept ans reçut au Havre, le 26 octobre 1865, plusieurs blessures par instrument tranchant au niveau de la région crico-thyroïdienne. Les muscles crico-thyroïdiens et crico-arythénoïens latéraux furent intéressés.

Les lèvres de la plaie ayant été rapprochées par un chirurgien du Havre, la guérison fut rapide, mais la voix ne se rétablit pas; elle était complétement perdue.

Venu à Paris le 18 janvier suivant, le blessé fut adressé le 26 à M. Moura Bourouillou par MM. A. Richard, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et Dicharry, médecin de la famille.

L'examen laryngoscopique, fait en présence des deux consultants, permit de constater :

1° L'absence de toute lésion pathologique du larynx;

2° Le défaut de tension et de contact, c'est-à-dire le rapprochement incomplet des cordes vocales;

3° La présence d'une membrane cicatricielle au-dessous de la glotte.

Cette membrane, simulant celle qui réunit les doigts des palmipèdes, avait la forme d'un croissant à cornes très-aiguës; sa base convexe adhérait à sa concavité antérieure du cartilage cricoïde et était située à environ 8 à 10 millimètres au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales; son bord, mince et de forme parabolique, correspondait au tiers antérieur de la glotte et aboutissait par ses deux extrémités aux apophyses antérieures des cartilages aryténoïdes; sa direction était oblique d'avant en arrière et de bas en haut.

Il résultait de cette disposition que le calibre du conduit trachéal était diminué d'un tiers environ, et la colonne d'air expulsée de la poitrine, frappant seulement les deux tiers postérieurs de la glotte, ne pouvait produire les vibrations des cordes vocales.

La susceptibilité nerveuse du malade et son impatience à retrouver la voix ne permettant pas de l'habituer au contact du miroir laryngien et de faire, par les voies naturelles, l'excision partielle de la fausse cicatrice, la laryngotomie fut proposée et acceptée comme le moyen le plus rationnel. Elle fut exécutée par M. Richard, le 8 mars.

Le cartilage thyroïde divisé et ses deux moitiés écartées, M. Moura pratiqua l'excision du lambeau droit de la membrane cicatricielle.

Le larynx fut laissé ouvert afin de détruire au besoin, par

l'excision ou la cautérisation, la reproduction de la fausse cicatrice. La réunion eut lieu par seconde intention, et un trajet fistuleux fut conservé pendant quelque temps au-dessous de la glotte.

La réaction inflammatoire qui suivit l'opération fut modérée, elle ne permit pas cependant d'obtenir un résultat immédiat. Le 20 avril seulement, la voix commença à reparaître. A mesure que le travail inflammatoire diminua, elle prit un peu de timbre et de la durée. Mais en raison du défaut persistant de la tension et du rapprochement complet des cordes vocales, elle ne put retrouver son timbre naturel, et elle restait encore basse et voilée plus de huit mois après l'opération.

La division du cartilage thyroïde ayant compris celle de la membrane cicatricielle, fit disparaître complétement cette dernière. Un léger raphé grisâtre indiquait seul la place qu'elle occupait sur la paroi du tuyau vocal. De sorte qu'il eût été impossible de la constater et de la reconnaître à quiconque ne l'eût bien observée préalablement au moyen du laryngoscope.

Ce fait s'explique par la propriété rétractile des tissus cicatriciels, propriété qui avait permis à la fausse membrane de se rétrécir et de s'effacer.

Lorsque l'on examine maintenant le larynx avec le miroir, on reconnaît assez facilement la place qu'occupait la membrane cicatricielle.

Malgré sa voix basse et voilée, le jeune homme peut causer et se faire comprendre. Il a repris ses occupations premières dans une importante maison de commission, à la grande joie de tout le monde. (*Gaz. des hôp.*, n° 135, 1866.)

ARNICA. *Dangers.* L'emploi aujourd'hui si répandu et devenu vulgaire de la teinture d'arnica contre les traumatismes de toute sorte, les contusions résultant de coups, chutes, blessures, commande de signaler les mauvais effets observés par les docteurs Galassi et Mazzoni (de Rome) de son usage externe. C'est une éruption vésiculeuse avec rougeur et gonflement rappelant l'érysipèle vésiculeux ou phlycténoïde. Elle commence par des points rosés, peu saillants sur le siége de la friction, lesquels, en se multipliant et en augmentant, se transforment en d'infinies vésicules miliaires rappelant l'éruption produite par les frictions d'huile de croton tiglium. Cette éruption avec tu-

méfaction s'étend au delà des parties touchées, et avec elle s'élève la fièvre proportionnée à l'intensité de l'éruption.

Huit observations sommaires de cet accident, appuyées de quelques citations empruntées à Murray et à Sydenham, montrent que ce n'est pas là un simple incident, mais un fait assez fréquent résultant, soit de la mauvaise préparation du remède, soit de l'idiosyncrasie de quelques individus. On sait, en effet, que cette teinture se prépare avec la plante sèche ou fraîche, avec les fleurs par quelques-uns, avec la racine par d'autres, sinon avec la plante entière. L'excipient même peut n'être pas de bonne qualité. Mais à voir l'irritabilité de la peau chez beaucoup d'individus sur laquelle on ne peut appliquer un corps quelconque sans qu'il s'ensuive de la rougeur, des boutons, il est probable que cette cause n'est pas étrangère aux accidents précités. (*Giorn. di Roma;* juin.)

ARSENIC. — Voy. Adénie, Hallucinations.

ARTÈRES. *Della ferita dell'arteria vertebrale* (Des blessures de l'artère vértébrale), par le docteur Gherini. Milan, 1867, brochure de 43 pages in-8, résumant les 10 faits seuls publiés jusqu'ici sur ce sujet curieux et peu connu.

Monographia dell'arteria vertebrale. Anatomie, physiologie, pathologie et chirurgie se trouvent réunies dans cette thèse du docteur A. Barbieri (de Milan) pour le concours de chirurgien à l hôpital Majeur de cette ville. Deux ouvrages se complétant mutuellement, sauf quelques redites faisant double emploi.

ARTÉRITE NOUEUSE. Selon MM. Kussmaul et Maier, cette maladie nouvelle est caractérisée par des épaississements circonscrits des parois artérielles, accompagnés d'une néphrite diffuse et d'une paralysie musculaire se généralisant rapidement. L'épaississement de la tunique artérielle est le résultat d'une prolifération abondante des cellules de la tunique moyenne, et dans la tunique adventive d'une prolifération des noyaux des fibres cellules ; on trouve, où le processus est plus avancé, des faisceaux épais de tissu connectif ; la régression finit par envahir ces néoplasmes. L'*artérite noueuse* entraîne des dilatations et des serrements successifs du calibre des artères. On en trouvera les détails nécropsiques dans le *Dictionnaire* de 1866.

Voy. PARALYSIES. En effet, cet auteur conclut qu'il y a une paralysie générale de cause encore inconnue, se développant rapidement avec fièvre, néphrite et violentes douleurs musculaires et accompagnée d'une maladie des artères (*périartérite noueuse*) qui, comme l'*endoartérite noueuse* de Virchow, resserre et dilate la lumière du vaisseau, en entravant la circulation du sang.

Les principaux signes de diagnostic sont le rapide développement de la paralysie musculaire avec perte de contractilité et douleurs musculaires intenses, la néphrite, l'artérite et la présence sous la peau de petites tumeurs qui sont des nodosités artérielles.

Quand la périartérite noueuse survient avec de grandes proportions dans les parois de l'intestin, elle peut causer sur la muqueuse intestinale les mêmes altérations que l'embolie des artères.

Les muscles subissent la dégénérescence cireuse ; s'ils n'ont perdu qu'en partie leur contractilité, ils peuvent encore, mais lentement, la recouvrer.

Pour faire redonner aux muscles leur contractilité, il faut recourir aux courants induits et, mieux encore, aux courants constants, changeant pourtant la direction du courant. (*Jour. de méd. de Lyon.*)

ARTHRITE. Arthrite aiguë. *Compression et ligature.* Un cas d'inflammation très-intense du genou, suite de contusion, s'étant présenté récemment à *London Hospital* chez un garçon adulte, M. Little, sur la suggestion de M. Maunder, le traita par la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa, afin de modifier l'inflammation. L'opération, pratiquée le 13 mai, a été suivie d'une amélioration très-sensible dans l'état local. M. Maunder propose de traiter de même l'inflammation si redoutable de la paume de la main par la ligature de l'artère brachiale.

En admettant l'efficacité de ce moyen, plus d'une raison sérieuse s'élève contre son emploi. D'abord la difficulté de l'opération inaccessible à la plupart des praticiens, et surtout sa gravité beaucoup plus redoutable que le mal lui-même. Il est donc rationnel de lui préférer l'usage du tourniquet ou de tout autre compresseur, comme l'a employé avec succès M. Jackson, chirurgien de l'hôpital de Sheffield, le 11 février dernier, sur un garçon de seize ans qui s'était piqué le genou deux jours

auparavant. Tous les signes de la synovite existaient : douleur aiguë de l'articulation toute déformée, et que le moindre mouvement rendait insupportable.

Malgré une immobilité absolue et des lotions froides, l'inflammation augmentait et menaçait de devenir purulente, lorsque le tourniquet fut appliqué sur l'artère fémorale. Vingt-quatre heures après, il fut enlevé à la demande du patient qui ne pouvait plus le supporter. Ce temps avait suffi pour arrêter et dompter l'inflammation ; le gonflement avait aussi diminué et la guérison s'ensuivit. (*Lancet.*)

Compression digitale. Cette idée de la compression n'est pas nouvelle ; un médecin français, M. le docteur Trapenard, l'a appliquée dans un cas analogue à ce dernier en voyant l'inefficacité des antiphlogistiques ; seulement, au lieu du tourniquet, il employa la compression digitale sur l'artère crurale pendant huit heures consécutives. Une rémission légère en fut le résultat, mais il fut obligé d'y renoncer parce qu'elle était mal faite et très-douloureuse. Mais bien appliquée et renouvelée à plusieurs reprises, elle a l'avantage de rendre moins nécessaires et moins copieuses les émissions sanguines et abrégerait d'autant ainsi la longueur de la maladie et de la convalescence. (*Union méd.*, n° 108.)

C'est ainsi qu'elle est employée de préférence par M. le professeur Vanzetti sur l'artère principale du membre lésé. Elle est pratiquée tantôt d'une manière continue, tantôt d'une manière intermittente pendant dix à vingt heures environ. Il lui attribue une grande supériorité sur les autres méthodes de traitement en raison même de son innocence et de son succès, pour dissiper rapidement l'inflammation quand elle est employée avant l'altération profonde des tissus. (*Soc. de chirurg.*, octobre.)

Arthrite intermittente. Deux cas en sont rapportés par le docteur Ch. Moore. Dans le premier, l'invasion remonte à huit ans chez une femme de quarante-trois par une vive douleur au genou droit avec rougeur et gonflement qui disparurent après trois jours pour reparaître un mois après en suivant la même marche jusqu'à ce que la malade devint enceinte. Pendant la grossesse et l'allaitement, ces accès cessèrent, mais pour revenir aussi régulièrement ensuite, sinon qu'au lieu d'apparaître tous

les mois, ce sont tous les trois mois que cette arthrite se manifeste avec les mêmes caractères et la même durée que primitivement. (*Roy. med. and chirurg. Society.*)

Le second fait est moins concluant en ce sens que les intervalles étaient moins réguliers et que la malade a guéri. D'ailleurs, le premier même est évidemment sous l'influence de la menstruation et n'est qu'une aberration de cette fonction physiologique.

On joint-diseases; their pathology, diagnosis and treatement. (Pathologie, diagnostic et traitement des maladies des articulations comprenant la nature et le traitement des difformités et des courbures du rachis), par Holmes Coote, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, etc., etc., in-8° de 300 pages. Londres.

Résultat de l'observation d'un clinicien distingué, ce livre contient des faits et des appréciations instructives qui, souvent en opposition avec la pratique et les opinions courantes sur la traction des corps étrangers, la résection du genou et plusieurs autres sujets aussi importants, le feront lire avec intérêt par tous les chirurgiens désireux de connaître le pour et le contre sur ces questions.

ASCITE. *Péritonite curative.* Que n'a-t-on pas dit des injections irritantes dans le péritoine, malgré les analogies qui les autorisaient? Des succès répétés et d'autres injections dans la plèvre ne les ont même pas encore justifiées aux yeux de certains puristes qui, s'en tenant à la tradition, ont l'innovation en horreur ; l'innovation qui est la condition même du progrès. Rien de plus convaincant de la légitimité de cette opération cependant que l'observation d'ascite consécutive à la ménopause, et guérie spontanément par une péritonite aiguë. Observé par M. Moreno y Lopez, l'épanchement péritonéal datait de treize ans, et avait nécessité cinq fois la paracentèse avec issue d'une grande quantité de liquide, lorsque, la malade ayant fait une chute, une péritonite aiguë s'ensuivit, avec résorption graduelle de l'épanchement complétement disparu un mois après (*Espana medica*). Sans que ce résultat ait rien d'étonnant devant les succès analogues que l'on obtient artificiellement en imitant cette voie naturelle, l'exemple est bon à recueillir pour justifier cette opération aux yeux des plus opposants.

ASPHYXIE. M. le docteur Faure a démontré par des expériences décisives qu'elle n'a lieu qu'autant que les poumons ne reçoivent plus d'air respirable et qu'elle est toujours précédée d'anesthésie. Ainsi, un tube plongeant dans une vessie d'air pur est descendu par l'autre extrémité dans l'une des bronches d'un chien par la trachée, sans qu'il se manifeste ni anesthésie, ni asphyxie, tandis que si l'on adapte à la trachée de cet animal une vessie remplie d'air pur, dès que l'air est vicié par la respiration, après quelques minutes, il éprouve de la suffocation et tombe en anesthésie. Si le tube de cette même vessie, pleine d'air vicié, est glissé au-dessous de la bifurcation bronchique, l'animal ne recevant plus l'air vicié que dans un poumon, l'asphyxie cesse bientôt.

L'expérience renversée avec l'acide carbonique confirme ce résultat. Un tube s'ouvrant dans une vessie pleine d'acide carbonique est glissé au-dessous de la bifurcation de la trachée d'un chien. L'animal respire l'acide qui diminue à vue d'œil durant six minutes sans asphyxie; mais dès qu'il est remonté au-dessus de la bifurcation, l'animal est tué en quelques minutes. Les preuves sont donc péremptoires. (*Arch. de méd.*, mai.)

Ecchymoses capillaires sur le cœur. Un soldat aux arrêts, après s'être bourré de pommes de terre, s'était étendu sur le lit de camp de sa cellule; on le trouva asphyxié le lendemain par un gros morceau de pomme de terre enclavé dans la trachée, quelques anneaux au-dessous du cartilage cricoïde. L'autopsie montra en outre au docteur Lewin, sur la surface antérieure du cœur, de nombreuses taches sanguines ressemblant à de petites et de grandes piqûres de puce. Il n'en existait nulle autre part. (*Viert. fur gericht und off. medic.*, t. V.)

Insufflation pulmonaire par les narines. Dans un intéressant mémoire, M. le docteur Marchant (de Charenton) insistant sur l'importance capitale de l'insufflation du poumon, quelle que soit la cause de l'asphyxie, fait voir que l'exécution en est plus facile qu'on ne semble le croire en général.

Il est indifférent de faire pénétrer l'air dans les poumons par la bouche ou directement par le larynx ou par les narines; mais il est naturel, dit-il, de choisir ces dernières, qui sont « la grande route de la respiration ».

L'insufflation peut être faite avec un soufflet, si cette opéra

tion doit être pratiquée par un médecin ou une personne intelligente. Mais, comme on ne saurait assez vulgariser un moyen aussi éminemment utile pour conserver la vie à des milliers d'individus, il faut choisir celui qui sera le plus facile et surtout le plus exempt de danger ; c'est donc avec la bouche qu'il faut faire l'insufflation pulmonaire, à l'aide d'un tube introduit dans l'une des narines, en procédant de la manière suivante :

Une personne se pose à la droite de l'asphyxié et place sa main gauche sur le front de ce dernier; le doigt indicateur et le pouce viennent tout naturellement se poser sur les côtés du nez; ils y servent à fixer dans une des narines un tuyau quelconque, d'une pipe, par exemple, dont le calibre soit assez large pour envoyer l'air dans les poumons. On ferme exactement les narines en les pinçant fortement, et en même temps, au moyen de la main posée à plat sur les lèvres, on s'oppose à la sortie de l'air par l'orifice buccal. On souffle alors avec la bouche avec assez de force pour faire pénétrer l'air dans les poumons, et cette force n'est pas grande; on voit alors la poitrine se soulever et l'asphyxié respirer comme s'il vivait.

Lorsque l'opérateur a envoyé la plus grande partie de l'air qu'il avait dans ses poumons, sans aucun effort toutefois, il retire la bouche du tube, et, par une pression exercée avec les deux mains à la base de la poitrine, il fait sortir l'air introduit dans les poumons de l'asphyxié ; puis il recommence alternativement l'insufflation et les pressions, pendant un certain temps qu'il est difficile de limiter.

Si l'individu est vivant, les battements du cœur se feront de plus en plus sentir, puis la respiration se rétablira un peu plus tard par une première inspiration ; après quelques instants d'attente, si une seconde inspiration ne se manifestait pas, il faudrait revenir à l'insufflation.

Il est inutile de dire que ce moyen, quelle qu'en soit la valeur, ne dispense pas des autres moyens rationnels, bien connus, qui sont réclamés par chaque genre d'asphyxie en particulier.

Chez un soldat ivre, qui avait absorbé rapidement un litre d'eau-de-vie et asphyxié du coup. M. Marchant, en faisant couler une grande quantité d'eau dans l'estomac au moyen d'une sonde, s'en servit ensuite pour introduire de l'air par les narines dans les poumons, et parvint ainsi à entretenir la respiration

pendant trois heures, jusqu'à ce que l'ivrogne fût hors de danger. (*Arch. de méd.*, mai.)

Ce procédé a l'avantage de ne pas exiger la respiration bouche à bouche, ce qui est souvent répugnant et dangereux, comme dans ce cas, chez les nouveau-nés et bien d'autres asphyxiés. De plus, le nez est toujours ouvert et parfois les dents serrées convulsivement, ne permettent pas d'introduire aucun corps étranger sous peine de le voir se briser.

Cautérisations. Depuis les travaux de M. Faure on ne se borne plus, dit M. Révillout, à introduire artificiellement de l'air dans les poumons : par le jeu des actions réflexes on cherche à provoquer de pleines inspirations, dont le mécanisme soit normal. C'est ainsi qu'il a eu l'occasion d'appliquer ces nouveaux procédés chez une dame qui, par désespoir, venait d'avaler à peu près 2 onces de laudanum. Elle ferma les portes à double tour, et, dans sa cuisine, ayant rempli un grand réchaud de charbons ardents, se mit auprès, résolue à boire le laudanum quand elle se sentirait sur le point de tomber.

Une heure plus tard, le mari voulant rentrer, dut enfoncer les portes et trouva sa femme étendue près du réchaud, violacée et blafarde, ne donnant plus signe de vie.

M. Révillout commença par presser à la fois sur l'abdomen et sur les côtés, de manière à vider, autant que possible, les poumons de l'air vicié qu'ils contenaient.

Puis, par un mouvement rapide, en cessant de presser, il percuta violemment du bout des doigts le haut de la poitrine sur les pectoraux, ne craignant pas, du reste, de déchirer la peau avec ses ongles, afin de mieux contracter les pectoraux par l'effet du choc, comme dans ses belles expériences, Brown-Sequard a fait contracter, en les frappant avec un corps dur, longtemps après la mort, les muscles d'un cadavre. Il voulait aussi, par l'excitation des nerfs sensitifs de cette région, produire un mouvement réflexe.

Il entra en effet une certaine quantité d'air dans les poumons.

Un semblant de respiration fut ainsi entretenu pendant deux heures par des pressions et par des chocs alternatifs ; mais la face restait toujours celle d'une morte, gonflée et violacée par places, comme après la suffocation, les yeux éteints, la bouche entr'ouverte, écumeuse, les traits immobiles. Le pouls, à peine perceptible à l'un des bras, ne l'était nullement à l'autre ; l'in-

sensibilité des membres était complète, et l'effet des manœuvres employées semblait de moins en moins marqué.

Après deux heures de ces tentatives, restant seul et voyant la vie près de s'éteindre tout à fait, il se fit apporter une paire de pincettes chauffées au rouge, qu'il appliqua d'abord sur chacun des côtés de la poitrine, et s'apercevant que les inspirations redevenaient plus fortes lorsqu'il irritait avec ses ongles le fond des plaies ainsi formées, lorsque ces points parurent insensibles ou à peu près, il posa le fer rouge un peu plus loin et ainsi de suite. Enfin la malade eut un vomissement cinq heures après le commencement de ces manœuvres.

En ce moment on apporta une machine d'induction dont il se servit pour exciter à l'aide du balai électrique les plaies produites par le fer rouge. L'effet en fut très-remarquable : les yeux s'ouvrirent au grand large et la main se porta lentement vers les narines, sous lesquelles avait été placé un peu d'acide pur. Ces mouvements étaient automatiques. La main retomba aussitôt que cessa l'excitation, sans pouvoir y découvrir la moindre trace de sensibilité en la pinçant, la déchirant, ou y passant le balai électrique. Il en fut de même pour le bras. Il est curieux de voir les membres se mouvoir sous l'influence d'une excitation des régions pectorales, alors qu'ils sont eux-mêmes tout à fait insensibles.

En somme, cette malade fut cautérisée dix-neuf fois de chaque côté, de telle sorte qu'il ne restait plus de place libre entre les plaies. Après huit heures de soins continus, cette femme n'avait pas donné signe de connaissance ; il fallait toujours entretenir la respiration de la même manière. Un peu plus tard eut lieu le premier mouvement volontaire ; mais la connaissance ne revint, la respiration ne fut tranquille qu'une heure après, c'est-à-dire plus de douze heures après l'asphyxie.

Les plaies guérirent vite et sans douleur.

Dès le premier jour il y eut une croûte épaisse qui recouvrait toute la région et sous laquelle se fit la cicatrice. Cette indolence tenait-elle à ce que la sensibilité locale avait été épuisée ? C'est probable, car la malade se plaignit d'un sinapisme qui était resté un peu longtemps sous les mollets.

N'est-il pas permis d'affirmer qu'avec tout autre procédé, l'on n'aurait pu ramener la vie, compromise à la fois par l'acide carbonique, peut-être l'oxyde de carbone, et par une dose effrayante de laudanum ?

Cette malade serait morte si les travaux de M. Faure n'eussent été connus. (*Gaz. des hôp.*)

Si remarquable que soit cette observation, il semble que son auteur ait manqué à une règle thérapeutique non moins importante que les cautérisations. Deux agents toxiques étaient à combattre. Pourquoi ne pas avoir employé l'atropine pour neutraliser l'opium en même temps que les cautérisations pour entretenir et réveiller la sensibilité ?

Asphyxie des nouveau-nés. *Succussion.* Dans l'état de mort apparente des nouveau-nés, alors que les mouvements respiratoires sont tout à fait nuls, soit que le cœur offre encore quelques pulsations, soit qu'il ne se contracte plus du tout, M. Mattei, de préférence au tube laryngien, où la respiration bouche à bouche, emploie ce nouveau procédé qui a beaucoup d'analogie avec celui de Marshall-Hall. Saisissant le fœtus par les aisselles en même temps que la tête est immobilisée entre la paume des deux mains, il imprime une petite secousse double à l'enfant, et le bruit de *rro rro* qui accompagne cette secousse indique l'entrée et la sortie de l'air à travers la glotte.

Par ce moyen, dit l'auteur, on opère l'inspiration et l'expiration artificielles en dilatant et resserrant le thorax à volonté. Si les muscles inspirateurs conservent encore l'aptitude à se contracter, ils sont appelés à la reprendre par l'exercice direct, ainsi que par l'excitation qu'occasionne l'air sur la muqueuse et sur ce sang qu'on oxygène en répétant les secousses environ deux demi-minutes, jusqu'à ce que la respiration spontanée commence.

La *succussion* évite la pénétration de l'air dans l'estomac, ce qui arrive souvent avec l'insufflation, et surtout n'expose pas l'enfant à l'emphysème pas plus qu'elle n'expose le médecin à contracter une maladie en appliquant ses lèvres sur la bouche de l'enfant. Elle permet à l'opérateur de suivre des yeux les plus petits mouvements du cœur, du diaphragme, du thorax et de la face. N'exigeant ni instruments ni un grand savoir, elle peut être pratiquée facilement en tout temps et en tout lieu. Mais la meilleure recommandation en faveur de la *succussion* est que M. Mattei l'a déjà employée plusieurs fois avec succès dans les cas les plus graves. Là où elle n'a pas réussi, tout le reste a échoué : c'est que la mort apparente était une mort

réelle, ou il y avait des lésions anatomiques incompatibles avec la vie. (*Acad. de méd.*, février.)

D'après le docteur Sonsino, ce procédé de pratiquer la respiration artificielle aurait été décrit depuis longtemps et appliqué par le célèbre professeur italien Pacini. Le seul mérite de l'accoucheur français serait d'en avoir étendu l'usage aux nouveau-nés. C'est déjà quelque chose. A chacun selon sa spécialité, et c'est ainsi que les méthodes se généralisent. (*Imparziale.*)

Asphyxie des vignerons. Suivant M. Saint-Pierre, les nombreux cas d'asphyxie qui se renouvellent chaque année au moment des vendanges, ne sont pas seulement dus à la présence de l'acide carbonique qui s'échappe des cuves comme on le voit généralement; l'azote, qui existe aussi en quantité excessive et qui n'est pas plus respirable, a aussi sa part d'action dans ces irréparables malheurs.

Le pire est que l'azote n'est absorbé ni neutralisé par aucun réactif. Tandis que la chaux vive, l'ammoniaque, absorbent l'acide carbonique, leur effet est neutre sur l'azote. La ventilation seule est le moyen d'en débarrasser l'atmosphère. (*Acad. des sc.*, 1866.)

ATHERMESTHÉSIE. Mot nouveau introduit par le docteur Barnier, indiquant la perte complète du sens de la température comme celui d'anesthésie indique le défaut de la sensibilité. Bien que la connaissance de ce fait ne soit pas nouvelle et que plusieurs exemples en aient été rapportés, on peut y joindre le suivant :

Une femme de trente-cinq ans, mariée depuis douze ans, n'ayant jamais eu de grossesse, habituellement mal réglée, était sujette à des suppressions de règles d'un ou deux mois, et alors avaient lieu des phénomènes congestifs, tels que lourdeur, éblouissements, vertiges. Un médecin lui conseilla des applications de sangsues à l'anus, et dans la suite elle y eut recours d'elle-même, tant et si bien qu'au bout de quelques années elle devint extrêmement chlorotique. Si l'on ajoute que cet état vint s'enter sur un fond hystérique très-accusé, on comprendra à quelles perturbations névropathiques cette malade allait se trouver exposée.

Sans décrire le cercle des misères physiques et morales qu'elle

parcourut pendant quelques années, voici ce qui a trait à la sensibilité.

La peau, dans toute son étendue, et les muqueuses accessibles, avaient conservé l'impressionnabilité tactile. Les barbes d'une plume promenées légèrement à la périphérie du corps étaient parfaitement senties et causaient même, en certains points, une impression pénible d'agacement.

L'analgésie était complète ; des épingles plantées à droite et à gauche, partout, ne causaient pas la moindre sensation de douleur. Les muscles, empoignés à pleines mains, pressés, frappés, se montrèrent insensibles ; il nous parut aussi que les os avaient perdu leur sensibilité (il n'y avait pas d'*ataxie locomotrice*).

Quant à la température, interrogée à ce sujet, la malade répondit que depuis quelque temps elle était obligée de demander aux gens de son entourage quel était l'état du temps.

Il avait neigé, on prit sur le balcon de la neige qui fut promenée sur différents points du corps; elle ne fut pas sentie *comme objet froid*. La contre-épreuve faite avec des objets chauffés au foyer à une température insupportable pour les assistants, donna un résultat identique. La faculté de sentir la température était donc abolie chez la malade. (*Réforme méd.*, n° 3.)

AUSCULTATION. — Voy. FRÉMISSEMENT ARTÉRIEL; MURMURES VASCULAIRES, SOUFFLE OMBILICAL.

AUTOPSIE. *Manuel de l'art des autopsies cadavériques*, surtout dans ses applications à l'anatomie pathologique, par le docteur Émile Goubert, précédé d'une lettre de M. le professeur Bouillaud. Un vol. in-12 de 600 pages et 145 figures dans le texte. Librairie *Germer-Baillière*.

Par une exception bien rare, ce titre est trop modeste et n'indique pas tous les trésors d'érudition que l'on trouve dans cet ouvrage. Ce n'est pas en effet un simple manuel de l'art des autopsies avec la description et le modèle des instruments et des procédés à employer à cet égard pour arriver à un examen profitable, ce qui suffirait déjà à le recommander, vu l'absence de cet ouvrage spécial dans la littérature médicale. En indiquant pour chaque organe, chaque tissu, les différentes lésions anatomo-pathologiques que l'on peut y rencontrer, l'au-

teur a puisé dans son savoir, son instruction étendue, variée, sa grande érudition et des remarques, des faits venant à l'appui de ces indications et les justifiant. A très-peu d'exceptions près, toutes les pages sont ainsi enrichies de notes bibliographiques qui forment presque la moitié de l'ouvrage et en font un petit traité d'anatomie pathologique des plus utiles à consulter. Ce mérite ajouté au précédent double sa valeur et rend ce livre indispensable à tous les médecins appelés a faire des autopsies médico-légales aussi bien qu'au point de vue anatomo-pathologique seulement.

AVORTEMENT. Il serait une cause d'albuminurie selon M. Gubler qui a établi un rapport entre les souffrances du fœtus et le passage de l'albumine dans l'urine. C'est ainsi qu'il l'a constatée dans celle d'une jeune femme qui venait d'avoir des pertes utérines pouvant être rapportées à un avortement. L'albuminurie en serait donc un signe précieux si ces données étaient confirmées par d'autres observateurs, et l'albuminurie, observée fréquemment durant la grossesse, aurait ainsi son explication sinon dans la mort, au moins dans les souffrances de l'embryon, et serait une indication pour chercher à y remédier. (*Soc. méd. des hôp.*, septembre.)

Chlorate de potasse. Des propriétés multiples et diverses attribuées au sel de Berthollet, dans ces dernières années, une des plus surprenantes et inexplicables est celle de prévenir l'avortement, annoncée il y a un an environ à la *Société obstétricale d'Édimbourg* avec des faits à l'appui. Or, si invraisemblable qu'elle paraisse, comme il est plus logique de chercher à vérifier cette opinion que de la rejeter, nous signalons l'observation suivante, rapportée par M. Nunes de Cintra, comme des plus remarquables, à moins que le hasard, sinon l'amour, ait joué là son rôle mystérieux d'habitude.

Une fille de vingt ans, lymphatico-nerveuse, bien réglée et de bonne constitution, née de parents sains, se marie à un jeune homme sanguin, robuste, n'ayant jamais eu la syphilis. Deux mois après, les signes de la grossesse se manifestent : tout marche régulièrement jusqu'au septième mois, lorsque, sans cause connue, des frissons ont lieu avec faiblesses ; les mouvements du fœtus cessent, et huit jours après l'avortement d'un fœtus mort et comme macéré avait lieu.

Une seconde grossesse, survenue quelques semaines après, se termina absolument de même, sinon la différence du sexe de l'enfant.

La troisième grossesse, survenue en 1865, fut modifiée par une saignée au cinquième mois, ce qui n'empêcha pas l'accouchement prématuré, au septième mois, d'un chétif avorton qui succomba après quelques inspirations lentes et profondes.

Quatrième conception en avril 1866. C'est alors que, consulté à cause des antécédents, M. Nunes prescrivit une solution de 8 grammes de chlorate de potasse dans 750 d'eau à prendre en trois fois. Prise régulièrement du quatrième au cinquième mois, cette solution ne détermina aucun accident, et, vers la fin de septembre, cette dame fut envoyée au bord de la mer où elle prit neuf bains. Novembre, qui était le mois critique, se passa sans encombre, et le 9 janvier l'accouchement normal régulier d'un garçon vivant, fort et bien portant, avait lieu. (*Gaz. med. de Lisboa*, février.)

Délivrance. C'est, on ne le sait que trop, l'acte le plus redoutable et le plus dangereux dans l'avortement. Dès qu'elle ne s'effectue pas dans les deux jours qui suivent l'avortement des deux premiers mois, vingt-quatre heures pour celui des troisième et quatrième, et douze heures pour celui du cinquième, six heures pour celui du sixième, il y a lieu d'intervenir selon M. Guéniot, excepté dans le premier cas. De préférence à tous les moyens internes et externes, quand le cordon fait défaut, il donne la préférence à la dilatation artificielle du col, soit avec l'éponge préparée qui, ordinairement, est facilement applicable et introduite jusque dans l'orifice interne, ou aux ampoules dilatatrices aidées de l'emploi du seigle ergoté à l'intérieur. C'est un moyen presque assuré d'activer ou de provoquer artificiellement le travail de la délivrance abortive. Aucun ne saurait lui être comparé sous le rapport de la puissance et de l'innocuité. (*Bull. de thér.*, octobre et novembre.)

B

BADIGEONNAGES. Cette forme médicamenteuse, introduite depuis peu d'années dans la pratique et dont l'application s'étend sans cesse, a, suivant M. Boinet, l'un de ses principaux

vulgarisateurs, quatre avantages dont le plus important est de mettre les parties à l'abri du contact de l'air ; le deuxième est de modifier les parties ; le troisième d'aider à l'absorption du médicament employé dans certains cas, et enfin d'exercer une compression douce et uniforme. (*Acad. de méd.*, déc. 1866.)

Ils se font principalement avec le collodion qui peut servir d'intermède à plusieurs médicaments ; la teinture concentrée d'iode est aussi employée seule. — Voy. Plaies

BAINS. Bains stimulants. L'addition de l'huile essentielle de certaines labiées à un bain ordinaire aurait cet avantage, suivant les expériences de M. Topinard, de le rendre stimulant, révulsif de même qu'avec l'essence de térébenthine (voy. *Année* 1866) et la farine de moutarde (voy. Aliénation). 2 grammes d'essence de romarin, par exemple, donnent lieu, cinq minutes après l'immersion, à un sentiment de chaleur et de bien-être, puis à des picotements distincts, multiples, sur toute la surface cutanée, surtout aux reins et aux flancs qui, en augmentant, deviennent bientôt intolérables. A la sortie du bain, les papilles sont toutes hérissées et le siége d'une vive hyperesthésie ; larges taches d'érythème çà et là ; pouls parfois accéléré. Ces effets persistent une heure.

Les essences de thym et de serpolet ont la même action ; celle de lavande est moindre de moitié.

Tandis que leur dissolution dans 30 grammes d'alcool double cette action, l'addition de 2 à 300 grammes de carbonate de soude ou de potasse la diminue de moitié. Sans compter les variations inhérentes à chaque individu.

Ces bains peuvent ainsi remplacer les bains sulfureux avec avantage comme dérivatifs, et même ceux de Pennès qui contiennent deux de ces essences. (*Gaz. des hôp.*, n° 19.)

Bains de mer. — Voy. Scrofule.

BÉRIBÉRI. A mesure que cette affection est mieux connue, elle se découvre dans les lieux où elle passait inaperçue auparavant. Limitée d'abord à l'Inde par les médecins anglais et hollandais, elle a été observée aux Antilles, ainsi que MM. Fonssagrives et Le Roy de Méricourt l'ont signalée dès 1861 (in *Arch. de méd.*) et voici que M. le docteur H. Dumont décrit sous le nom de *maladie dite des sucreries*, à Cuba, et vulgairement appelée *hin-*

chazon de los negros y Chinos (œdème des nègres et des métis d'Européens et d'Indiens) une série de symptômes identiques avec ceux du béribéri. Elle y fait de nombreuses victimes sous forme sporadique ou épidémique, sans épargner la race chinoise. Faiblesse, fatigue, langueur, avec douleurs dans les membres et surtout une défaillance prononcée pour le travail, troubles digestifs, constipation et insomnie en sont les prodromes. L'œdème des extrémités se propageant au tronc, au cou et à la face, puis aux viscères sans réaction fébrile, se manifeste et augmente graduellement. La parésie vient ensuite et la mort arrive aussi par une diminution, un affaiblissement croissant de la nutrition d'abord, puis de la circulation et de la respiration. (*Archiv. de méd. navale*, août.)

D'autre part, M. le docteur da Silva Lima de Bahia (Brésil) a décrit une épidémie, régnant dans cette ville et observée principalement à l'hôpital de la Charité, dont les traits symptomatologiques les plus accentués sont la paralysie, l'œdème et une faiblesse générale. Une étude complète avec observations cliniques détaillées a été publiée pour fixer les praticiens du Brésil sur cette affection nouvellement décrite et qui paraît être le *béribéri*. L'analyse des symptômes prédominants et leur description séparée ont pu seules la faire prendre pour une affection distincte. C'est ainsi qu'il en admet trois formes : paralytique, œdémateuse et mixte, c'est-à-dire celle où ces deux symptômes se retrouvent à un degré uniforme. Or, il est remarquable que dans l'une comme dans l'autre, une faiblesse, une lassitude générale, une inaptitude au travail et à l'exercice en sont les premiers symptômes. Si la paralysie débute dans la première, l'œdème ne se manifeste pas moins, et le plus souvent ces deux symptômes sont concomitants.

La fréquence est telle que de 1864 à 1866, M. Silva en a observé 51 cas, 28 hommes et 23 femmes dont 38 sont morts, soit environ 75 pour 100. La proportion est même de 78 chez les femmes.

La forme paralytique compte 28 cas, dont 21 femmes, 9 dans l'état puerpéral. Elles ont été principalement atteintes entre vingt à trente ans, et les hommes de quarante à cinquante. (*Gaz. med. da Bahia*, juin et suiv.)

Une analogie frappante de cette prétendue entité nouvelle existe donc avec le béribéri. Les modifications, les différences signalées, ne tiennent-elles pas aux conditions antihygiéniques

morbides dans lesquelles elle se développe, et à l'idiosyncrasie spéciale des Brésiliens ?

BLACK DEATH. Une prostration subite, la coloration en rouge foncé de toute la peau, quelquefois des spasmes tétaniques et de l'hyperesthésie ; enfin la mort, terminaison constante après quinze à seize heures, sont les caractères de cette nouvelle affection qui a régné épidémiquement dans tous les rangs de la société de Dublin sans être contagieuse. Les rumeurs du choléra en Irlande ont de nouveau éveillé l'attention sur cette coloration noirâtre, partielle, ecchymotique de la peau qui se manifeste avant la mort. Une nouvelle observation recueillie par M. Benson, à l'hôpital de la ville, le 9 avril, sur un garçon de quatorze ans, mort le lendemain de son entrée avec des plaques noires apparues d'abord sur la face, puis sur les bras et les jambes, a remis en discussion la nature de cette maladie, d'autant plus que l'autopsie, faite publiquement, n'a révélé aucune lésion caractéristique ni dans les méninges, ni dans l'intestin, ni ailleurs. De telle sorte que l'auteur est disposé à en faire une espèce à part sous le nom de *black death*, mort noire. On va même jusqu'à évoquer, à ce propos, la peste noire du moyen âge. Mais M. Belcher n'en fait qu'un symptôme de l'arachnitis cérébro-spinale, et, après échange de longues explications de part et d'autre dans la *Medical Press*, cette opinion paraît assez probable d'après les faits cliniques. Il y a lieu toutefois d'attendre de nouveaux faits et des investigations plus précises avant de conclure définitivement, car ce symptôme peut se rattacher à plusieurs espèces pathologiques, les fièvres éruptives sans éruption en particulier. La question reste donc ouverte.

BLENNORRHAGIE. *Digitale*. Reprenant les expériences avec ce médicament, sur des matelots de l'État, la plupart jeunes et vigoureux, M. le docteur Bérenger-Féraud a obtenu des succès remarquables. 36 malades ont été soumis exclusivement à la teinture alcoolique à la dose de 10 à 15 gouttes le premier jour, de 30 à 40 ensuite dans une cuillerée d'eau sans nul autre adjuvant. Or toutes les fois que l'écoulement était récent, inflammatoire, et le malade jeune, fort, pléthorique, sanguin, un mieux sensible en résultait immédiatement, et en trente-six à quarante-huit heures la miction était moins douloureuse, les érections moins fréquentes et prolongées, l'écoulement moins

épais, et après six, huit ou dix jours, la guérison était complète et solide, comme en témoignent plusieurs observations.

Mais il n'en est plus de même quand la blennorrhagie date de trois à quatre jours, ou quand le malade est nerveux, irritable; l'amélioration se fait attendre plus longtemps, et si l'on peut encore agir sur l'inflammation locale, les érections, et diminuer l'écoulement, il est sage de recourir aux astringents pour le tarir. Enfin elle est complétement nulle sur les sujets âgés, lymphatiques, à fibre molle, peu vigoureux, diathésiques, ayant eu de fréquentes uréthrites antérieures, et dont l'écoulement date de cinq à six jours.

C'est donc comme antiphlogistique, hyposthénisante, et non comme spécifique qu'agit la digitale. De là un effet rapide et très-sensible sur les érections; mais elle n'en prévient nullement les complications. Son utilité est donc bornée et l'on doit ainsi en limiter l'emploi suivant les indications précitées. (*Bull. de thér.*, août et septembre.) — Voy. **Rhumatisme uréthral**, **Diathèses**.

BLÉPHARITE. Blépharite ciliaire *Onguent brun*. Contre cette affection d'ordinaire si tenace et rebelle à tous les topiques, lorsqu'elle est liée à une diathèse lymphatique, scrofuleuse, le docteur Williams (de Cincinnati) emploie avec succès depuis huit ans l'*onguent citrin brun* dont la formule est celle de l'onguent citrin de la pharmacopée des États-Unis, sinon que l'axonge et l'huile de pied de bœuf s'y trouvent remplacées par l'huile de foie de morue. Granuleux et grossier, il devient plus onctueux et uniforme en le plaçant sur le feu et l'agitant jusqu'à refroidissement complet. On a ainsi une pommade couleur d'acajou brun, se fondant à la température du corps.

Après avoir fait tomber les croûtes, soit avec des lotions tièdes ou de petits cataplasmes, on applique légèrement cet onguent avec la pulpe du doigt. Il fond aussitôt, s'étend et adhère longtemps aux paupières sans déterminer d'inflammation. Si cependant il s'en produit, on en interrompt l'usage pendant un jour ou deux pour recommencer ensuite et continuer même après que les ulcérations ont disparu. Quelques cautérisations légères au nitrate d'argent par intervalles, ne peuvent que favoriser la guérison (*Ann. d'oculist.*, décembre 1866.)

Devant une affection si tenace, il est bien permis d'essayer ce nouveau remède; mais par l'expérience que nous en avons,

il est à craindre qu'il échoue comme tant d'autres, surtout si l'irritation est intense, comme c'est ordinairement le cas, et que le malade porte souvent les doigts sur les parties malades à cause de la cuisson, du prurit qu'il y éprouve.

BOUNDOU. Plante de la famille des apocynées dont plusieurs espèces sont des poisons violents. M. Fallot l'a rapportée du Gabon, où les naturels l'emploient comme poison d'épreuve, de même que la fève de Calabar dans ce dernier pays. C'est un arbuste de 2 mètres à 2m,50 de hauteur, qui croît dans les terrains inondés, et connu sous le nom d'*icaja* ou *m'boudou*. Sa racine est longue, pivotante, recouverte d'une écorce rouge qui communiquè cette couleur à la macération qui est administrée comme épreuve de culpabilité.

L'injection des yeux, des contractions convulsives des muscles, du délire ataxique, des propos incohérents, puis la stupeur analogue à celle du délire alcoolique, en sont les signes. Une abondante émission d'urine est un signe d'innocence, parce qu'alors la mort n'a pas lieu.

Des expériences de MM. Pécholier et Saint-Pierre avec l'extrait aqueux et alcoolique de l'écorce de cette racine sur des chiens, des lapins et des grenouilles, il en est résulté des effets sur le système nerveux sensitif analogues à ceux de la noix vomique. Les inspirations et les pulsations sont d'abord augmentées avec diminution consécutive, puis exagération de la sensibilité, convulsions tétaniques; enfin insensibilité, paralysie, mort. Le système moteur n'est que secondairement influencé. Ce principe toxique est donc soluble dans l'eau et dans l'alcool et n'est pas un poison du cœur, car cet organe continue à se contracter assez longtemps après la mort. (*Acad. des sc.*, 1866.)

BROMURE DE POTASSIUM. La vogue dont jouit ce sel et son emploi dans les névroses, l'épilepsie entre autres, donne un grand intérêt aux recherches de M. Laborde sur ses effets physiologiques provoqués sur les animaux, les grenouilles en particulier. Deux faits principaux s'en dégagent : l'atténuation progressive, puis l'abolition complète des mouvements réflexes et la persistance, la conservation intégrale des mouvements volontaires.

Celles de MM. Eulenburg et Guttman sont concordantes en montrant son action paralysante sur le cœur et toutes les par-

ties centrales destinées à la conduction motrice et sensitive dans la moelle et dans le cerveau. L'état parétique ou paralytique des animaux, la cessation de mouvements spontanés et réflexes, l'arrêt de la respiration et des pulsations lymphatiques et le défaut absolu de toute réaction à une irritation mécanique ou chimique de la peau en sont les preuves.

Ce n'est donc pas sur l'encéphale qu'il agit directement et primitivement, mais sur la moelle épinière, où il annule et détruit la propriété qu'elle a de présider aux manifestations fonctionnelles dites réflexes. (*Acad. des sc.*, juillet.)

En procédant autrement sur des grenouilles, des lapins et des oiseaux, MM. Martin Damourette et Pelvet infirment l'interprétation des expériences précédentes. Ils ont administré cet agent par différentes voies, à dose physiologique, thérapeutique et toxique; et en soustrayant à son action plusieurs parties du corps de l'animal, de manière qu'en en excitant une, on puisse juger si l'autre répond et de quelle manière, ils ont observé constamment une action générale et non élective ni sur la moelle, ni sur le cœur, ni sur aucun tissu, ni aucune fonction en particulier. Ses effets sont toujours *directs :* topiques, si on l'applique directement; immédiats, sur les organes et les fonctions où il est porté primitivement par la circulation. De là une action locale plus intense dans les points où on l'applique et sur les surfaces d'élimination; par exemple, son action spéciale sur la muqueuse pharyngienne, sur la vessie et l'intestin qu'il anesthésie, engourdit. Il n'a pas d'autre affinité pour ces muqueuses que celle résultant de leur situation sur sa route d'entrée et de sortie. L'action anémique qu'il exerce à petite dose sur les tissus par la contraction des capillaires est remplacée par leur hypérémie dès qu'il agit comme toxique. De là certaines contradictions entre les observations de M. Gubler et de M. Voisin, celui-ci ayant signalé la rougeur et l'augmentation des sécrétions qui en sont la conséquence.

Il atteint également, d'après ces expérimentateurs, les propriétés des nerfs sensitifs et moteurs, du cerveau et de la moelle, ainsi que celles des muscles qu'il affaiblit graduellement pour finir par les éteindre toutes successivement en commençant par les nerfs sensitifs avant les nerfs moteurs, ceux-ci avant la moelle et la moelle avant les muscles. Le cœur survit le dernier malgré le ralentissement de ses battements et l'amoindrissement de la circulation capillaire dès le début ; mais comme la respi-

ration, il ne cesse que mécaniquement et par asphyxie. L'abaissement de la température est un effet de ce ralentissement circulatoire comme la diminution des sécrétions. De même de l'anaphrodisie, qui en est un des effets les plus saillants (voy. ANAPHRODISIE). C'est donc un agent nervo-musculaire et non un poison du cœur. (*Bull. de thérap.*, sept. et oct.)

Falsification. Par ses phénomènes de coloration, une solution concentrée de permanganate de potasse peut servir de réactif et déceler la présence de l'iodure. Selon M. Humbert, la coloration violette que l'on obtient avec quelques gouttes de cette solution dans un verre d'eau ne change pas, en effet, mise en contact avec une solution de bromure de potassium pure, tandis qu'elle passe immédiatement au jaune dès qu'il contient des traces d'iodure.

BRONCHITE. Bronchite chronique. Contre les exacerbations aiguës qui se manifestent lorsque la membrane muqueuse est ainsi congestionnée, tuméfiée et sèche, le docteur A. Clark du *London hospital* emploie avec grand succès l'iodure de potassium et d'antimoine sous la forme suivante :

℞ Eau	30	grammes.
Acétate d'ammoniaque liquide	4	—
Iodure de potassium	10	centigrammes.
Antimoine tartarisé	1	—
Mêlez.		

A prendre toutes les trois heures jusqu'à ce que l'expectoration se manifeste. (*Med. Times.*)

BRULURES. *Chlorure de sodium.* Une solution de 1 partie sur 6 d'eau paraît un moyen avantageux. Chez un mineur cruellement brûlé par le feu grisou, et dont le corps n'était qu'une vaste plaie, une compresse imbibée de cette solution ayant été appliquée sur une des mains, il en résulta une sédation complète de la douleur. Un drap fut imbibé de même et roulé autour du corps. Le lendemain, les douleurs avaient diminué et le mineur fut bientôt guéri.

Une dame eut la main brûlée par l'explosion d'une boîte d'allumettes chimiques, et fut guérie en peu de jours par l'usage de cette même solution.

Le docteur Pidduck a eu souvent recours aussi à cette solution et toujours avec succès. Quant à son mode d'action, il l'explique par la combinaison du chlorure avec la surface brûlée. On s'oppose ainsi au contact de l'oxygène de l'air, cause présumée des souffrances dues à l'étendue de l'ulcération et à la contraction du système dermoïde. (*Lancet*, janvier.)

Occlusion. Au lieu du collodion employé sur lui-même par un médecin américain, dont la douleur fut ainsi immédiatement calmée et l'inflammation modérée et abrégée, M. le docteur Carrière, dans les combustions accidentelles étendues et même profondes, propose la baudruche. Je viderais, dit-il, d'abord, les phlyctènes de leur contenu; j'enlèverais ensuite tout ce qu'il serait possible d'enlever pour régulariser les plaies et simplifier le pansement. Cela fait, j'étendrais au-dessus des surfaces lésées une couche légère d'un mélange de glycérine et d'eau de chaux, et je procéderais, sans perdre de temps, à l'établissement de l'appareil imperméable. La baudruche doit, à mon avis, mériter la préférence comme pièce de support; c'est une membrane forte et légère à la fois, et qui n'a pas l'inconvénient d'un produit artificiel. Elle remplacerait, dans l'espèce, le tégument lui-même, et remplirait pour les brûlures le rôle de protection ou d'occlusion relative que celui-ci remplit dans les plaies sous-cutanées. Je superposerais plusieurs feuillets, et le tout serait recouvert d'une couche de collodion élastique qui déborderait les limites de chaque plaie, en empiétant le plus possible sur la peau demeurée saine. Par ce moyen, on obtiendrait assurément une imperméabilité qui ne serait pas illusoire; l'air ne pourrait passer à travers la forte barrière constituée par le tégument artificiel. Tel est le traitement principal; l'essentiel consiste dans la bonne construction de l'appareil et la conservation de son intégrité. (*Union méd.*, n°s 112 et 113.)

BUBON. Dans la révision générale qui se fait des doctrines syphiliographiques, il est tout simple que le bubon d'emblée, considéré comme un simple accident d'irritation lymphatique, subisse aussi une réforme. M. le docteur Bourguet (d'Aix) a de nouveau attaché le grelot, en le considérant comme *accident primitif de la syphilis* dans les conclusions suivantes :

I. Le bubon d'emblée ne peut être expliqué, dans la très-

grande majorité des cas, par la simple excitation qui accompagne le coït;

II. Il doit être considéré comme faisant partie de l'ensemble des symptômes vénériens, au même titre que le chancre induré et le chancre mou, la blennorrhagie, la balanite, les végétations, etc.;

III. Il est susceptible de se transmettre dans son espèce, et peut remonter aussi par filiation à un accident vénérien de nature différente;

IV. Des faits scrupuleusement observés ne permettent pas de douter qu'il ne puisse être suivi exceptionnellement d'accidents syphilitiques constitutionnels;

V. Il serait désirable qu'une statistique, faite avec soin et portant sur un très-grand nombre de faits permît d'établir le degré de fréquence du bubon d'emblée et la proportion des cas dans lesquels il est suivi de syphilis consécutive;

VI. Une statistique analogue ne serait pas moins importante pour les autres accidents primitifs indépendants du chancre induré, en n'acceptant, comme base de cette statistique, que l'observation directe ou le récit des malades entouré de suffisantes garanties d'authenticité. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Toutes probantes que paraissent les observations sur lesquelles reposent ces conclusions, il faut dire qu'elles n'ont pas la certitude de l'inoculation comme celles de M. Ricord. En montrant d'ailleurs, par des faits précis, que, dans certains cas, ce bubon n'est pas syphilitique, l'auteur a affaibli sa démonstration contraire; car un accident absolument semblable, identique dans ses caractères, ne saurait être d'une nature différente. Il semble *à priori* qu'il y ait là une inconnue à dégager.

C

CADMIUM. Des expériences faites par le docteur Marmé confirment les propriétés toxiques de la plupart des combinaisons chimiques, comme quelques timides essais thérapeutiques l'avaient déjà fait entrevoir. L'insolubilité du sulfure, employé en peinture, le rend seul inoffensif, car tous les autres composés solubles se sont montrés toxiques. Une irritation locale, proportionnée à la dose, est constante. L'usage interne, à

petite dose, amène infailliblement des vomissements ; à dose toxique, ce sont des évacuations répétées par haut et par bas, une gastro-entérite qui peut aller jusqu'à la perforation, surtout avec la solution concentrée de chlorure.

Sous la peau, on observe une hypérémie intense, l'exsudation et même la suppuration. L'inhalation de la poudre de carbonate de cadmium a produit des éblouissements, des vomissements, selles abondantes, crampes, dépressions des forces, perte de connaissance, ralentissement de la circulation et de la respiration.

L'iodure de cadmium, en frictions sur la peau sous forme de pommade, amène également une irritation gastro-intestinale, souvent même des hémorrhagies, des érosions et des ulcérations.

Les injections dans les vaisseaux sont mortelles de 10 à 30 centigrammes, selon la force de l'animal.

L'usage prolongé de faibles doses de sels ou d'oxydes hydratés amène un empoisonnement chronique, caractérisé de même par les troubles digestifs, l'amaigrissement et la mort.

Les meilleurs contre-poisons pour l'état aigu sont une solution abondante de soude, les carbonates alcalins et l'albumine. (*Zeitschr. für ration. Medic.*, 1 à 4.)

CAILLOTS. Selon M. Bravais, les trois prolongements sigmoïdes avec rétrécissement au-dessous, donnés comme caractères des caillots formés pendant la vie par MM. Chauveau et Poullet, seraient trop absolus. Il montre que si l'on plonge dans l'eau la portion du cœur où se trouvent les orifices artériels, on observe les phénomènes suivants : les valvules de l'artère pulmonaire sont tantôt flottantes, tantôt affaissées; mais celles de l'aorte, plus épaisses, se maintiennent constamment flottantes dans le liquide. Si, au lieu de l'eau, on met du sang liquide, un caillot passif se forme et, se moulant sur les parois qui l'entourent, il offrira les trois prolongements sigmoïdes et communiquera avec la portion ventriculaire par un point rétréci, car les valvules ne sont pas redressées pour obstruer l'orifice. (*Soc. des sc. méd. de Lyon.*)

CALCULS. Calculs uréthraux. Un nouveau lithotribe a été fabriqué spécialement à cet effet, par M. Mathieu. Il se compose de deux tubes concentriques, sur un mandrin, et

terminés par une double courbure en forme de croissant qui, placés l'un sur l'autre, offrent assez peu de volume pour s'introduire facilement dans l'urèthre. Arrivées sur le calcul, ces deux courbures se dédoublent par une pression exercée sur le manche, et viennent, pour ainsi dire, embrasser le caloul pris comme dans un anneau. En poussant le mandrin central et pointu, on fait éclater le calcul le plus dur avec facilité. (*Acad. de méd.*, février.)

CALOMEL. L'emploi de cet agent, simultanément avec celui de l'iodure de potassium à l'intérieur, a des dangers d'intoxication qui ressortent d'une observation recueillie par M. Hennequin. — Voy. KÉRATITE.

CANCER. *Volume du cœur.* Le cœur et les artères, contrairement aux muscles de la vie de relation, continuent à s'accroître avec l'âge, et la vieillesse, dans les deux sexes, est l'époque de la vie où ils offrent leur volume maximum.

M. Louis (*Rech. sur la phthisie*) a établi que chez les phthisiques et chez ceux ayant succombé à d'autres maladies chroniques, le cœur et l'aorte étaient atrophiés, surtout chez les cancéreux. Plus tard, M. Bizot a confirmé cette loi en montrant que la diminution chez les phthisiques portait, non-seulement sur la capacité des ventricules, mais encore sur l'épaisseur de leurs parois.

Trente-huit observations ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à Lariboisière, par M. Duhamel, dans le but de vérifier cette loi. Il a pris le poids du cœur après avoir vidé et nettoyé cet organe sous un filet d'eau, puis l'avoir essuyé avec grand soin. Chez tous les sujets, le cœur était retiré sur lui-même, et ses cavités ne contenaient qu'une petite quantité de sang, tantôt en caillots noirâtres et mous, sans mélange de concrétions fibrineuses, le plus souvent demi-fluide. Chez tous, il y avait une diminution dans toutes les parties du cœur et dans le calibre des troncs aortiques et pulmonaires. Le tableau suivant indique les mesures exactes de cette diminution.

Poids et dimensions du cœur et des gros vaisseaux dans les deux sexes, chez des sujets âgés de trente-sept à soixante-huit ans.

SUJETS.	POIDS.	LONGUEUR.	CIRCONFÉRENCE.		ÉPAISSEUR DE LA PAROI.			CIRCONFÉRENCE.	
			Mitrale.	Tricuspide.	Ventr. g.	Ventr. dr.	Interv.	Aortique.	Pulmon.
	gr.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.
Sujets morts de diverses maladies...	270	97	104	103	11	4	11	72	72
Sujets ayant succombé au cancer de l'estomac...........	218	92	101	102	9	3	9	61	66

Comparant ensuite ces données avec les résultats obtenus sur des sujets emportés par d'autres maladies, M. Duhamel a obtenu ce qui suit :

Sur 28 individus, — 19 hommes et 9 femmes, — âgés de seize à soixante et onze ans, ayant succombé à des affections aiguës, le poids du cœur était de 291 grammes et sa longueur de 113 millimètres; l'orifice mitral avait 102 millimètres de circonférence et l'orifice tricuspide 114; les parois gauche et interventriculaire avaient chacune 10 millimètres d'épaisseur, celle du cœur droit en avait 3; la circonférence de l'aorte était de 68 millimètres, celle du tronc pulmonaire de 73.

Chez 36 autres, — 22 hommes et 14 femmes, — âgés de vingt-sept à soixante-six ans et morts de maladies chroniques autres que la phthisie; le cœur pesait 289 grammes, et avait une longueur de 11 centimètres; les orifices gauche et droit avaient, le premier 9 centimètres de développement et le deuxième 101 millimètres; la paroi gauche et la cloison étaient épaisses de 11 millimètres, la droite de 3; l'orifice aortique était de 62 millimètres, l'orifice pulmonaire de 69.

Sur 8 hommes et 14 femmes, morts de tubercules pulmonaires, de dix-huit à trente-neuf ans, le poids de l'organe était de

229 grammes et sa longueur de 91 millimètres; ses autres parties présentaient les dimensions suivantes :

Orifice bicuspide	94	millim.
— tricuspide	107	—
Paroi gauche et cloison, chacune	10	—
— droite	3	—
Aorte, à son origine	62	—
Artère pulmonaire dans les mêmes points	71	—

Enfin chez 15 malades, âgés depuis dix-huit jusqu'à soixante-dix ans, — 9 hommes et 6 femmes, — qui succombèrent à une affection organique du cœur, le poids de cet appareil, variable entre 380 et 678 grammes, était en moyenne de 476; sa longueur mesurait 143 millimètres; les autres dimensions sont indiquées dans le tableau ci-joint :

Circonférence mitrale	102	millim.
— tricuspide	127	—
Épaisseur de la paroi gauche	14	—
— — cloison	13	—
— — paroi droite	5	—
Circonférence de l'orifice aortique	75	—
— — pulmonaire	92	—

En somme, on peut dire que chez tous les cancéreux, le cœur a été trouvé au-dessous de ses dimensions et de son poids ordinaires; que les circonférences aortique et pulmonaire avaient également diminué d'une manière très-appréciable et proportionnelle à la diminution de l'élément musculaire lui-même, et que, sauf les 15 cas du dernier groupe dont l'analyse a donné des résultats tout différents, l'atrophie était notablement plus considérable que dans les autres maladies.

On ne saurait, semble-t-il, hésiter à trouver la cause de la réduction signalée dans la réaction générale de l'infection cancéreuse sur l'organisme et la diminution de la masse du sang qui en est la conséquence fatale. (*Soc. de méd. prat.*, juillet.)

Traitement. *Injections hypodermiques.* Le professeur Nussbaum a employé ce procédé dans 15 cas avec une solution de nitrate d'argent, de chlorure de sodium, de pepsine et d'acide acétique. Mais ces dernières ayant amené des lipothymies et la syncope, il s'en est tenu aux premières beaucoup moins douloureuses et amenant moins de réaction.

Leur premier résultat a été la disparition de l'odeur fétide des cancers ulcérés. Dans quelques cas, il s'établit une suppuration de bonne nature, les ulcérations bourgeonnent et la cicatrisation s'opère. Mais sur les cas traités, 4 ont complétement échoué; dans 6 il y eut une amélioration notable et 4 véritables succès; un surtout d'un énorme cancer ulcéré du sein qui avait envahi les côtes sous-jacentes et les espaces intercostaux. Des abcès nombreux se formèrent et des portions de la tumeur se sphacélèrent et s'éliminèrent. C'est l'exemple le plus remarquable. (*Aerzt. intell. Blatt*, avril.)

En conséquence M. Nussbaum croit que la méthode des injections par le nitrate d'argent et le sel doit prendre place à côté de la cautérisation en flèches qu'elle peut remplacer. Ce n'est pas les flatter, à coup sûr, que de leur assigner une pareille place.

Acide acétique. Injecté dans une tumeur squirrheuse de la mamelle, selon la méthode du docteur Broadbent (voy. *Année* 1866), il en résulta des douleurs atroces qui se prolongèrent quatre heures après la première fois et huit heures la seconde. Le docteur Fleming proposa alors d'y associer 1 à 2 centigrammes d'acétate de morphine pour les atténuer. Le résultat fut des plus heureux. L'opérée s'endormit presque immédiatement et s'éveilla quatre heures après sans aucune souffrance. L'expérience ultérieure a confirmé cet effet satisfaisant. (*Lancet*, février.)

L'obstacle à l'emploi de ce remède est ainsi surmonté, et l'on pourra désormais l'expérimenter plus facilement, ce qui ne préjuge pas son action curative.

Des essais faits dans les hôpitaux de Paris ne lui sont guère favorables. M. Tillaux l'ayant employé chez un vieillard de Bicêtre, dont la face était à moitié détruite par un cancer, il n'en résulta qu'un arrêt momentané; bientôt l'ulcération reprit sa marche envahissante.

Essayé également à l'Hôtel-Dieu par M. Maisonneuve, chez une femme dont le nez et la joue étaient rongés par une ulcération de mauvaise nature, il ne donna pas le moindre résultat.

Le cas le plus favorable est un malade de M. Laugier, atteint d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Une diminution considérable de la tumeur se manifesta par des applications externes

et des injections d'acide acétique, mais le progrès s'arrêta après quelques semaines, et l'on recourut à l'instrument tranchant.

Voilà, en définitive, tout le succès de ce prétendu spécifique qui un moment fit autant de bruit que tous ses devanciers, et dont il n'est déjà plus question, même à Londres, son pays d'origine. Mieux que des condamnations à priori, ces expériences cliniques montrent son inefficacité anticancéreuse. Il n'y a lieu d'en retenir que l'action restreinte, mais incontestable de cet acide, de suspendre, d'arrêter les progrès de certaines tumeurs épithéliales ou cancroïdes de la face, comme l'a très-bien entrevu et signalé explicitement M. Guéniot le premier.

Son action évidente, incontestable, merveilleuse même, dit-il, pour la destruction des productions épidermiques les plus communes, — durillons, cors, verrues, — l'ayant conduit à expérimenter cet acide à l'hospice de la Salpêtrière contre des tumeurs épithéliales ou cancroïdes de la face et du bras, il les a vues disparaître ainsi que les douleurs qui les accompagnaient, et la peau recouvrer sa souplesse, sa mobilité, sa consistance. Il conseille donc d'y recourir en pareil cas en l'employant topiquement mêlé au tan, safran et lycopode, de manière à former une pâte jaune d'odeur agréable, dont on applique une couche de 2 millimètres d'épaisseur sur toute la surface du mal. A mesure que les tissus morbides se momifient et se détachent, on renouvelle cette application jusqu'à disparition de la tumeur (*Gaz. des hôp.*, 1866). Sous cette forme et en précisant les cas où il convient d'appliquer ce caustique, le chirurgien français en facilite l'expérimentation mieux que les chirurgiens anglais (voy. Cancer, *Année* 1866). Plus d'un chirurgien et plus d'un malade en repousserait l'injection dans la profondeur des tissus, même diluée dans cinq à six fois son poids d'eau, comme le fait M. Broadbent, en sachant surtout que la cuisson, la douleur, le gonflement, en sont les premiers effets ; au contraire, une pâte caustique sera acceptée par tous.

Une femme de soixante-deux ans, couchée salle Saint-Maurice nº 21, service de M. Richet, a été également débarrassée de nombreux cancroïdes du visage. L'acide acétique semble donc définitivement aussi utile, efficace contre les épithéliomas non ulcérés de la peau que douteux contre les autres formes (*Idem*, nº 39.)

C'est sous forme de badigeonnages que M. le docteur Dieu, aide-major aux Invalides, l'a appliqué contre le cancroïde ou

épithélioma cutané. Ainsi chez un soldat invalide de quatre-vingt-deux ans, ayant un épithélioma à l'angle interne de la paupière inférieure droite, datant de onze ans, large comme une pièce de 1 franc, ulcéré, avec bords irréguliers, taillés à pic, à base indurée et mobile sur les parties profondes et sécrétant une sanie grisâtre formant croûte, il en badigeonne la surface mise à nu le 15 décembre 1866. Une douleur assez vive en résulte pendant cinq minutes; un cercle inflammatoire se dessine le lendemain et disparaît deux jours après.

Quatre cautérisations faites ainsi de deux en deux jours déterminent un affaissement notable de la tumeur, qui disparaît après plus de dix. Un mois après la peau est souple, mobile et ne présente aucune cicatrice.

II. Chez un autre invalide de soixante-dix-sept ans, ayant depuis dix ans un cancroïde de la région nasale gros comme une noisette, sous forme d'une excroissance mamelonnée, à base indurée, mobile, non ulcérée, il injecte le 24 janvier 3 gouttes d'une solution d'acide acétique, une partie sur deux d'eau, provoquant douleur et rougeur, avec écoulement de sanie sanguinolente. Nouvelle injection le lendemain. Une croûte foncée avec ulcération, à fond grisâtre et bords taillés à pic en résulte. Badigeonnée avec l'acide concentré quatre fois consécutives, la tumeur disparaît avec une peau saine, mobile, sans cicatrice à la place.

III. Un autre invalide de soixante-treize ans a un nez éléphantiasique mamelonné. En le comprimant, la matière sébacée en sort par une multitude d'orifices, ce qui indique une altération glandulaire de la peau, une ulcération douloureuse s'est formée depuis dix-huit mois sur l'aile droite, ayant les caractères d'une ulcération épithéliale traitée sans succès avec la solution de chlorate de potasse, par M. Perrin. Touchée tous les deux jours avec l'acide acétique, elle est complétement et solidement cicatrisée le 10 janvier après six cautérisations.

IV. Contre un épithélioma ulcéré de la paupière inférieure, datant de six ans, chez une femme de cinquante-six ans, à marche lente, mais progressive. M. Wecker ayant appliqué l'acide acétique concentré trois fois par semaine, le vit bientôt disparaître sans laisser aucune trace.

V. De même chez un invalide de soixante-douze ans, porteur d'un épithélioma ulcéré, large comme une pièce de 2 francs, à fond grisâtre, bords déchiquetés et à pic, datant de douze ans,

et siégeant à la partie interne et supérieure du grand angle de l'œil droit. Une sanie purulente assez abondante s'en écoule et forme croûte. Treize badigeonnages suffisent pour amener la guérison.

Sans prétendre que ce soient là des cancers, et tout en considérant ces tumeurs comme de simples adénoïdes cutanés de nature bénigne, l'auteur montre l'efficacité de l'acide acétique. Et comme il est bien difficile de différencier une tumeur maligne de celle-ci, il conseille de les badigeonner toutes indifféremment quand elles sont ulcérées, ou les injecter hypodermiquement quand elles ne le sont pas. (*Gaz. des hôp.*, nº 32.)

Au lieu de l'acide acétique, c'est l'azotate de cuivre que M. le docteur Chapelle (d'Angoulême) présente comme le dissolvant de la cellule cancéreuse, inoffensif pour les tissus normaux. Il attaque rapidement les surfaces cancéreuses avec chaleur vive et mordicante, déterge l'ulcération, détruit la fétidité, dissipe les douleurs excessives, et après plusieurs mois d'applications persévérantes, donne des résultats satisfaisants (*Acad. de méd.*, août) Le contrôle est du moins facile à faire.

Diagnostic des tumeurs du sein. Dans ses intéressantes leçons cliniques sur ce sujet faites à l'hopital Guy de Londres, M. Bryant établit statistiquement les données précieuses que fournit l'âge des malades à cet égard. Des 54 cas de tumeurs adénoïdes observées récemment, plus de la moitié des malades n'avaient pas encore vingt-quatre ans; tandis qu'au contraire, sur 222 cas de cancer, pas un exemple ne se montra sur un malade si jeune.

Fongus hématode. — Voy. Foie.

Cancer de la langue. *Ligature des artères.* Par la ligature des deux artères linguales, M. Demarquay a obtenu l'atrophie de tumeurs de cette nature et a réussi à prolonger ainsi la vie de trois malheureux qui se trouvaient dans des conditions mauvaises. Les suites de l'opération ont été simples, sinon un peu de dysphagie momentanée, la cicatrisation a été rapide (*Acad. de méd.*, octobre). A défaut de la guérison, il y a donc là un moyen palliatif à tenter dans les cas de ce genre.

Guidé surtout par les hémorrhagies auxquelles donnaient lieu des tumeurs de la langue gênant la mastication et d'un caractère suspect, M. Demarquay recourut dans deux cas différents à la ligature des deux artères linguales. Aussitôt l'hémorrhagie cessa et consécutivement les tumeurs s'affaissèrent. De faible et amaigrie, la femme redevint fraîche, forte, vive et grasse; l'homme, au contraire, contracta une pneumonie double qui le fit succomber. (*Union médic.*)

Cette opération peut donc être tentée en dernier recours comme moyen palliatif, sinon curatif, dans les cas avec ou sans hémorrhagie.

Section du nerf. M. Collis (de Dublin) a plusieurs fois pratiqué cette opération pour diminuer ou faire disparaître les douleurs contre lesquelles échouent la plupart des médicaments (voy. *Année* 1865). Un nouvel exemple montre l'efficacité de cette opération, pour la sédation des douleurs autant que la modification de l'ulcère qui semble en être la conséquence. Répétée de l'autre côté dans le même but, cette division amena le même effet jusqu'à ce que l'affection s'étendît aux ganglions cervicaux (*Dublin quart. Journal*, novembre 1866.)

Avant d'en venir à cette opération, on fera bien de tenter l'usage des gargarismes avec l'acide citrique comme sédatif, et le chlorate de potasse comme modificateur. Plusieurs succès en ont été obtenus dans ce cas.

Cancer de l'utérus. *Injections de perchlorure de fer.* Contre l'hémorrhagie. M. Gallard a employé 5 gouttes de la solution normale en injection interstitielle dans le point où la tumeur cancéreuse adhérait le plus intimement avec le col de l'utérus. En les répétant, l'hémorrhagie s'est arrêtée et la femme a pu sortir de l'hôpital (*Gaz. des hôp.*, n° 79). C'est une voie thérapeutique nouvelle indiquée aux tentatives des esprits chercheurs.

Iodoforme. Incorporé à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme au beurre de cacao sous forme de suppositoire, M. Demarquay l'a employé topiquement à l'exemple de M. Greenhalgh (voy. *Année* 1866). Quand le cancer a creusé une cavité, c'est au milieu qu'il faut poser le remède. Les effets physiologiques en ont été peu marqués, quoique l'iode soit

absorbé et se retrouve abondamment dans la salive et les urines. Il calme les douleurs lancinantes et fait tomber le ballonnement du ventre si fréquent, sans trouble des fonctions digestives ni de l'encéphale. Il est, sous ce rapport, bien préférable à l'opium, car il modifie l'économie sans inconvénients. Le bien-être a continué avec son emploi, cessé avec lui et reparu de même comme preuve de la réalité de son action. L'inflammation très-vive de la plaie rend parfois le suppositoire assez douloureux pour que les malades le refusent; mais la cuisson passée, ils s'en trouvent très-bien.

En poudre, l'iodoforme détermine douleur, chaleur et cuisson sur les plaies vives; elle n'est donc pas applicable dans le cas d'ulcération vive, et cette différence d'action suffit à expliquer les effets contradictoires signalés par les observateurs anglais. (*Bull. de thérap.*, nº 9.)

Brome. Après avoir enlevé des excroissances cancéreuses du col utérin, une fois avec le fer rouge, une autre avec l'écraseur linéaire, M. Routh appliqua sur la plaie des boulettes de charpie imbibées d'une solution de 30 centigrammes de brome dans 50 gouttes d'alcool. Maintenu en place pendant quarante-huit heures, ce topique fut renouvelé deux fois et les deux femmes quittèrent ensuite l'hôpital *Samaritan* dans un état satisfaisant. (*Med. Press and Circular.*)

Ces deux faits sont d'autant moins concluants qu'un médecin italien, Landolfi, ayant déjà préconisé le brome intus et extra contre le cancer, ses assertions en faveur de cet agent, contrôlées par M. Moissonnet, ont été reconnues comme une illusion de plus à toutes celles dont l'histoire du cancer offre de si nombreux exemples.

Cancer du rachis. *Du cancer de la colonne vertébrale*, brochure in-8º, par M. Léon Tripier. Lyon. — Secondaire dans la plupart des cas, il est souvent consécutif au cancer du sein. Ses premiers phénomènes néoplastiques apparaissent au sein des corps vertébraux de la région lombaire où ils produisent des espaces plus ou moins considérables; de là, la compression du système nerveux rachidien et la paraplégie douloureuse qui en est la conséquence infaillible et qui forme un chapitre nouveau de cette affection. — Voy. *Année* 1865.

Exposé de quelques faits nouveaux tendant à démontrer que les productions dites cancéreuses de l'homme sont susceptibles de se greffer chez les animaux et d'y produire l'infection, par M. le docteur L. Goujon, thèse in-4°. Paris, 1866. — Encouragé par les résultats si intéressants obtenus par ce procédé (voy. Physiologie, *Année* 1865), M. le docteur Goujon a voulu savoir si les productions pathologiques, constituées par des éléments normaux de l'organisme, sont susceptibles de se greffer comme les tissus normaux. Il a placé à cet effet un fragment d'une tumeur encéphaloïde provenant d'un testicule sous la peau d'un gros rat blanc. Mort de l'animal deux mois après, et l'on trouve dans la poitrine une tumeur grosse comme une petite amande, adhérente au sternum et comprimant très-fortement les poumons et le cœur qui n'ont pas la moitié du volume normal. Vasculaire, cette tumeur laisse couler par l'incision un liquide lactescent, légèrement rosé qui, au microscope, est entièrement formé de cellules épithéliales avec un ou plusieurs noyaux, des noyaux libres et quantité de gouttelettes d'huile; la trame de la tumeur est très-peu abondante.

Tous les ganglions lymphatiques ont un volume au moins triple de l'état normal et sont constitués par leur épithélium dont les cellules sont devenues plus volumineuses. Rien dans les poumons ni les autres viscères, sinon beaucoup de graisse dans l'abdomen, dont l'accumulation peut être rapportée à la faiblesse de la respiration. Le siége de la greffe est cicatrisé et n'offre que du tissu cicatriciel; le fragment pathologique a été résorbé.

Le 17 mai 1866, on insère un fragment de tumeur encéphaloïde de la mamelle qui venait d'être enlevée sous la peau de la région cervicale d'un cochon d'Inde. Aucune incommodité ne s'observe consécutivement; l'animal mange comme auparavant et la petite plaie se cicatrise sans suppurer; mais bientôt il maigrit et meurt le 12 juin. Au lieu d'insertion s'observe une tumeur bilobée faisant saillie sous la peau, adhérente par le lobe le plus volumineux, gros comme un pois. Elle est formée de cellules épithéliales et de noyaux de même forme et volume que celle dont elle provient. C'était donc une véritable greffe du fragment ayant donné lieu à de nouveaux éléments anatomiques. On trouve aussi sur l'une des parties latérales de la trachée une tumeur ovoïde de la grosseur d'un haricot, paraissant un ganglion, car tous ceux du voisinage sont égale-

ment augmentés de volume, durs, d'un aspect lardacé à l'incision ; en en raclant la surface, on obtient un liquide épais dans lequel se retrouve, au microscope, l'épithélium nucléaire des ganglions, devenu très-granuleux et dont les cellules ne sont guère plus grandes qu'à l'état normal. Une grande quantité de granulations fines et brillantes nagent dans ce liquide, et enfin beaucoup de tissu fibreux constitue la charpente de ces petites masses.

Ce sont donc là anatomiquement de véritables adénites, sans que l'on puisse dire ce qui en serait advenu si l'animal eût vécu plus longtemps. Rien dans les poumons ni l'abdomen, si ce n'est la même altération des ganglions mésentériques que les précédents.

Un fragment de tumeur cancéreuse récemment enlevée est inséré à la cuisse d'un lapin ; un phlegmon en résulte, qui le fait mourir en trois jours, sans rien de spécial à l'autopsie.

Enfin, M. Goujon a voulu répéter l'expérience de MM. Langenbeck, Lebert et Follin, en injectant dans la veine d'un jeune chien deux fois le contenu de la petite seringue de Pravaz de suc d'une tumeur cancéreuse enlevée peu d'heures auparavant. Pas d'accidents immédiats ; mais un ulcère profond se forme au siége de la piqûre ; les bords en sont saillants et saignent au moindre contact ; résultat fréquent chez les animaux et qui ne se produit pas avec le pus ni aucun autre liquide pathologique mis en contact avec une plaie. A la place de la cicatrice s'est développée une petite grosseur analogue au tubercule anatomique. Malheureusement l'animal disparut et il fut impossible de vérifier si les lésions produites par cette injection étaient semblables à celles qui ont été rencontrées dans les précédentes expériences, ou si elles étaient analogues à celles produites par la greffe.

CATARACTE. *Extraction linéaire.* Depuis un an qu'il a imaginé ce nouveau procédé et qu'il l'applique (voy. *Année* 1866), M. de Graefe a réuni au moins 300 cas dont voici les résultats : 90 fois sur 100, le succès a été complet ; la guérison a suivi une marche régulière dans 82, et 8 fois seulement quelques complications, comme irritation temporaire de la plaie cornéenne, de l'iris et de l'épithélium capsulaire, opacités passagères du corps vitré, légères procidences de l'iris, sont venues l'entraver et la retarder. Le résultat a laissé à désirer

dans les 10 autres. Ces résultats sont d'autant plus satisfaisants que pour expérimenter sa méthode, l'auteur l'a employée indifféremment dans tous les cas à peu près, sans choix ni indications spéciales, qui sont encore à déterminer.

Par suite de ces résultats, de l'habitude de cette méthode et des perfectionnements qu'il lui a fait subir et qu'il indique longuement, l'auteur, en voyant diminuer les accidents comme la rupture du corps vitré, n'hésite pas à lui donner la préférence sur l'extraction à lambeau. Il la croit appelée non-seulement à suppléer l'ancienne, mais à la remplacer tout à fait. (*Ann. d'oculist.*, p. 61.)

Pour faciliter et assurer l'extraction du cristallin par ce procédé, M. Mathieu a fabriqué une tige creuse terminée par un anneau très-fin d'argent Introduit dans l'incision, cet anneau passe derrière le cristallin ; l'opérateur presse alors sur une pédale qui communique un mouvement de rotation à l'anneau ; celui-ci se juxtapose sur son autre moitié, et la tige, faisant l'office de pince, saisit et englobe le cristallin qui se trouve ainsi entraîné sûrement avec l'instrument. (*Acad. de méd.*, novembre 1866.)

Nouveau procédé d'extraction. A l'aide d'un couteau lancéolaire courbe, armé d'une arête tranchante à sa face concave, M. Tavignot pénètre la convexité dirigée en avant par le côté externe de la cornée à 5 millimètres environ de sa circonférence, traverse la papille dilatée, l'engage entre le bord interne de l'iris et le cristallin en entrant dans la zonule hyaloïdienne du corps vitré. L'extraction avec la curette est faite ensuite par cette ouverture. (*Acad. des sc.*, novembre 1866.)

De l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire scléroticale, thèse inaugurale par le docteur F. Ferreira, chef de la clinique ophthalmologique du docteur Wecker, 56 pages in-8° avec 16 figures; Paris. Bonne monographie contenant un historique très-précis et lumineux de la question et tous les détails de ce procédé spécial, ses avantages et ses dangers avec la représentation des instruments employés et dix exemples à l'appui. Elle est ainsi un guide parfait pour ceux qui veulent étudier, connaître cette opération et s'en servir.

CATARRHE. *Hydrochlorate d'ammoniaque.* La périodicité des affections catarrhales est variable et justiciable, selon

M. Marotte, de divers médicaments selon leur type. C'est ainsi que le sulfate de quinine échoue contre cette périodicité. Elle y a été réfractaire dans la constitution médicale de 1867 comme dans plusieurs autres relatées par Sydenham, Ramazzini, Stork, Fothergill et d'autres. L'étiologie spéciale en change les indications thérapeutiques. L'épidémie qui s'est développée à Paris en novembre 1866 sous l'influence du froid humide, en imprimant une crudité de l'éréthisme inflammatoire, de phlogose des muqueuses, paraît l'avoir ainsi rendue particulièrement justiciable de l'hydrochlorate d'ammoniaque. Chez la grande majorité des malades, la langue était blanchâtre, sans humidité, sans enduit; les narines n'étaient pas le siége des flux signalés dans d'autres épidémies. Les crachats peu abondants étaient un liquide clair, légèrement visqueux, ou aqueux quand ils étaient abondants. C'était là comme un état diacritique des muqueuses paraissant borné à une prolifération plus grande de l'épithélium.

Devant l'insuccès du sulfate de quinine, l'hydrochlorate d'ammoniaque donné à la dose de 2 à 4 grammes par jour, par fractions de 50 centigrammes à 1 gramme à intervalles de trois à quatre heures, avant l'invasion présumée de l'accès, a donné des résultats excellents. Dans les cas légers, les accès fébriles et surtout les névralgies ont été enrayés dès le premier ou le deuxième jour. Trois ou quatre ont été nécessaires pour guérir complétement dans les cas les plus intenses; mais dès le premier, l'amélioration était considérable là où le sulfate de quinine même échouait, et cela quand la maladie durait plus de quinze à vingt jours. Comme dans les cas récents, il a tranché les accès et les douleurs; on ne peut donc invoquer la marche naturelle de la maladie. Son action a été directe, sans l'intermédiaire de vomissement, diarrhée, expectoration ou sueur. Tous les symptômes cédaient d'une manière simultanée, les sueurs comme les frissons, la fièvre et la toux avec une convalescence franche. Des sueurs abondantes, revenant la nuit, ont été le symptôme le plus rebelle que la sauge et le vin de quinquina ont le mieux réussi à faire disparaître.

On administre le sel ammoniac dans du pain azyme ou en solution dans une infusion aromatique avec sirop d'écorce d'orange amère; mais, à cause de sa saveur, le premier mode est préférable pour les palais délicats. (*Acad. de méd.*, avril.)

Bol iodo-balsamique. L'élément organique, le siége de cette affection étant surtout l'appareil glanduleux, c'est-à-dire les follicules de la membrane muqueuse des bronches d'après M. le docteur Régis, médecin de l'hôpital d'Auterive, il considère tous les moyens connus et employés jusqu'à ce jour comme insuffisants en raison de leur mode d'emploi par la voie gastrique. C'est ainsi que les sirops, pâtes, tablettes, ne tardent pas à devenir un objet de répugnance, et que les inhalations et les fumigations, dont l'emploi instrumental est difficile et incommode, ne produisent que des effets passagers et intermittents. Il propose en conséquence d'employer ces deux voies à la fois d'une manière continue et facile.

Pour réaliser cette combinaison et cette simultanéité d'action, M. le docteur Régis a fait confectionner des bols composés de baume de Tolu, de myrrhe, d'essences de plusieurs labiées, de camphre et d'iode, ayant pour excipient la cire jaune, qui a la propriété de conserver sans altération la plupart des agents médicamenteux qu'on lui incorpore.

Placés et maintenus jour et nuit dans la bouche, ces bols y conservent leur solidité et abandonnent peu à peu à la salive et à l'air leurs principes constituants. En le faisant circuler dans la cavité buccale, le malade doit s'attacher à respirer surtout par la bouche et utiliser soigneusement par la déglutition tout le mucus salivaire dont la quantité se trouve augmentée par l'action du remède sur les glandes qui l'élaborent.

M. Régis considère la cavité buccale, munie d'un de ces bols, comme le *foyer d'un appareil à inhalation continue,* dans lequel se dégagent, d'une manière incessante, des vapeurs iodées et balsamiques qui, en se mélangeant à l'air inspiré, vont exercer une *action directe et topique* jusque sur les parties les plus profondes de la membrane muqueuse des bronches pathologiquement altérée. Si bien que, dans sa pensée, cette médication aurait surtout l'avantage de constituer un mode particulier d'inhalation médicamenteuse se distinguant essentiellement des procédés usuels par la continuité de son action, par l'absence de tout appareil instrumental, et en ce que le remède est, en tout temps et en tous lieux, à la disposition du malade.

Plusieurs observations de malades atteints de catarrhes bronchiques, et qui ont éprouvé de l'usage du bol pectoral une amélioration rapide et prononcée, tendent à appuyer ces assertions.

D'autres médecins assurent en avoir également obtenu des résultats satisfaisants dans le coryza, la laryngite, l'asthme des emphysémateux, le mal de gorge, l'enrouement et l'aphonie résultant de la fatigue de la voix chez les orateurs ou les chanteurs. Un éminent professeur de l'École de droit de Toulouse notamment, qu'une aphonie consécutive à une laryngite chronique retenait, depuis un an, éloigné de sa chaire a pu, grâce à l'usage des bols iodo-balsamiques, recouvrer la voix et reprendre son enseignement.

Sans avoir pu confirmer ces faits par d'autres observations cliniques, M. Barth, rapporteur, conclut que ce moyen, en venant s'ajouter à ceux dont l'expérience a consacré les bons effets jusqu'à ce jour, constitue une médication économique et d'un usage facile, dont les observations de M. Régis tendent à démontrer l'efficacité. (*Acad. de méd.*, novembre 1866.)

Catarrhe d'été. Sous ce nom comme sous celui d'asthme d'été ou des foins (*hay asthma*) et de fièvre d'été, les auteurs anglais, et d'après eux les étrangers confondent, suivant M. W. Pirrie, deux affections essentiellement distinctes. L'une est un véritable asthme, une affection spasmodique qui peut se reproduire à de courts intervalles à une époque de l'année et qui peut être rapportée à l'inhalation de l'odeur des prairies ou de matières végétales suspendues dans l'air, sinon à l'acide benzoïque se dégageant des plantes fourragères sous l'action des rayons solaires. Il se caractérise par une dyspnée spasmodique, coryza et larmoiement ; le traitement le modifie rapidement.

La seconde forme plus grave est une véritable fièvre d'été ou *summer fever*. Due à l'action de la chaleur, elle s'accompagne d'un état parétique du système vasculaire naso-pulmonaire. Malaise, lassitude, agitation, insomnie, anorexie, langue sale, constipation ou diarrhée en sont les prodromes auxquels succèdent une céphalalgie plus ou moins prononcée, avec sensation de chaleur à la tête toujours exaspérée par l'exposition au soleil ou à une vive lumière, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, prurit de la face, injection des conjonctives, yeux larmoyants ; coryza avec flux ; éternuments, sécheresse et picotements dans le pharynx qui est rouge et tuméfié ; sensation de gêne, d'oppression sternale, dyspnée continue, accès de toux, expectoration muco-séreuse, peau chaude et sèche, surtout le soir, pouls à 100 et plus. Après tous ces symptômes, le malade

reste faible et l'auscultation révèle quelques sifflements et des râles muqueux.

Une dyspnée moindre que dans l'asthme et l'inefficacité des moyens employés contre celui ci sont les traits différentiels de la fièvre d'été. La saison chaude dans laquelle elle se manifeste, les personnes jeunes qu'elle atteint de préférence, l'intolérance de la chaleur et de la lumière, la distinguent aussi du catarrhe, rhume, influenza, grippe ou bronchite, avec lesquels on la confond. L'inefficacité des moyens ordinaires dirigés contre ces dernières prouve d'ailleurs sa spécificité. Les toniques, les révulsifs cutanés, surtout au moment des accès, en sont la meilleure thérapeutique. (*Med. Times and Gazette.*)

CATHÉTER. Afin d'éviter le frottement des grosses sondes, suffisant pour empêcher le cathétérisme, M. Lefebvre en a imaginé une nouvelle dont la tige n'a que 3 ou 4 millimètres de diamètre, tandis que pour éviter les fausses routes elle se termine par un renflement olivaire de 10 à 15 millimètres de long et 6 ou 7 de diamètre. Deux indications contradictoires sont ainsi remplies. De plus, le glissement en est facilité par l'huile renfermée dans le renflement olivaire, et qui s'écoule par les yeux qui y sont pratiqués pendant qu'elle chemine. C'est donc là un instrument ingénieux qui, à défaut de l'expérience en sa faveur, incite au moins à la faire. (*Acad. de méd. de Belgique, Bull.* n° 3.)

Nouveau porte-caustique. A celui de Lallemand, pourvu d'une cuvette destinée à recevoir le nitrate d'argent fondu, et d'une chaîne de Vaucanson qui la fait mouvoir, M. Demarquay a ajouté une petite sonde à robinet, grâce à laquelle on détermine nettement, par l'issue de l'urine, si l'on a pénétré dans la vessie. On peut donc au moyen de cette modification cautériser seulement la portion du col vésical ou de la cavité prostatique que l'on veut cautériser et faire ensuite une injection d'eau fraîche ou tiède pour enlever l'excès de caustique employé. (*Acad. de méd.*)

Cathétérisme forcé. Malgré tous les anathèmes portés contre lui, il a ses indications, suivant M. Bitot, dans les cas de rétention d'urine par obstacle infranchissable, même envers et contre les fausses routes qui en résultent. Celles do la portion

prostatique et de la portion spongieuse n'ont pas, à beaucoup près, les dangers de celles de la portion membraneuse, comme en témoignent les ponctions uréthrales faites dans ces parties et les dépositions des autorités chirurgicales ; la rétention d'urine, en dilatant la vessie et la portion postérieure de l'urèthre, crée à cette méthode, dans cette dernière région, des conditions particulières de succès. Ce n'est pas là un accident suivant le chirurgien bordelais, mais un moyen de réussite. Au lieu d'une fausse route, c'est une route détournée puisqu'elle fait communiquer les parties pré- et rétro-stricturales de l'urèthre. C'est un moyen aussi acceptable que naturel, une espèce de boutonnière sous cutanée qu'il convient d'obtenir aussi facilement et sûrement que possible.

Il propose à cet effet de remplacer la sonde par le cathéter, comme le conducteur à bec olivaire ou conique, et d'en faire précéder l'emploi par quelques scarifications sur la partie antérieure du rétrécissement et la muqueuse y attenant.

Voici les avantages qu'il lui attribue :

1° Par sa solidité exceptionnelle, il permet au chirurgien de déployer sans crainte toute la force nécessaire.

2° Par son bec, qui doit être olivaire ou conique, il est propre, soit à briser les rétrécissements circulaires d'une médiocre résistance, soit à creuser le conduit artificiel destiné à faire communiquer les parties pré- et rétro-stricturales de l'urèthre.

3° Par sa profonde cannelure, il offre à l'index placé dans le rectum un point d'appui précieux. Personne n'ignore, en effet, que, malgré les plus grandes précautions, la sonde peut subir des glissements pendant l'impulsion que lui imprime la main droite, d'où de graves désordres. La mobilité de la pulpe digitale, la configuration de la sonde, la présence d'un corps gras sur les surfaces destinées à se correspondre, ne prédisposent-elles pas manifestement à cet accident? Du reste, la cannelure, en permettant la sortie de l'urine, remplace suffisamment le conduit de la sonde pour témoigner du résultat de l'entreprise.

4° Par l'étendue et les rainures de son pavillon, le cathéter cannelé offre une prise remarquable aux doigts de la main droite.

Enfin, tous ces avantages réunis concourent à permettre au chirurgien *de rester invariablement sur la ligne médiane, condition capitale du succès.*

Nonobstant ces avantages et en dépit de très-grands efforts, le cathéter peut rester aussi impuissant que la sonde en présence des strictures qui ont transformé en cordon fibreux une bonne partie du canal, conséquence trop fréquente de l'uréthrotomie interne. L'obstacle est infrangible, l'opérateur ne doit songer qu'à le tourner. Pour cela, la scarification préalable du fond de la portion antérieure du canal sera toujours utile, le plus souvent indispensable. Cette scarification, en fournissant au cathéter une porte d'entrée dans le tissu normal qui entoure le rétrécissement, lui permet de l'en détacher en le labourant, et de faire communiquer par un conduit artificiel les portions non rétrécies de l'urèthre.

Quand le rétrécissement est constitué par une masse calleuse, très-étendue dans tous les sens, ce qui coïncide habituellement avec les trajets fistuleux très-anciens, le cathétérisme forcé, quel qu'il soit, est radicalement impuissant. Le tissu calleux ne se laisse pas perforer par un bec conique ; l'expérimentation cadavérique l'a démontré. Dans ce cas, il est rationnel d'agir jusqu'à la symphyse avec un instrument piquant et de terminer l'opération avec le cathéter conducteur.

Protégé par l'opinion de Roux, Lenoir, Thompson, Velpeau ; par les succès des ponctions uréthrales obtenus par Ledran, Robert, Santopadre ; encouragé par ceux que lui a fournis le cathétérisme forcé, M. Bitot affirme que les lésions de la prostate, dues au cathétérisme, ne constituent pas un motif suffisant pour proscrire la méthode de Desault et de Boyer. Quant à son application aux rétentions d'urine par rétrécissements infranchissables siégeant sur la portion spongieuse ou la portion membraneuse, il s'étaye sur sa pratique personnelle et plusieurs faits rapportés à l'appui autant que sur les modifications proposées pour le préconiser. (*Acad. de médec.*, octobre.)

CAUSTIQUES. *Crayons de nitrate d'argent mitigés.* Pour la cautérisation des paupières spécialement, M. Guyot, pharmacien, fond des crayons mitigés suivant la formule suivante :

℞ Nitrate d'argent...........	2	parties.
Nitrate de potasse..........	1	—
Sulfate de potasse.........	1	—

Faites fondre dans un creuset d'argent ou de platine, et coulez dans une lingotière de même métal. En enduisant en-

suite ces crayons de gutta-percha dissoute dans le sulfure de carbone, ils se taillent aisément et sont moins déliquescents.

CÉRÉBROME. M. Hayem propose d'appeler ainsi un névrome médullaire trouvé dans l'épaisseur du cerveau et différent de ceux-ci, constitués selon Foerster, qui leur a donné ce nom, par une substance analogue à celle des centres gris du cerveau et de la moelle, en ce qu'il était entouré partout de substance blanche. C'était une tumeur du volume d'une grosse orange, bien circonscrite et facilement énucléable, bosselée, inégale, enveloppée d'une fine membrane très-vasculaire, placée au centre de l'hémisphère droit. Un kyste gros comme un œuf de poule, contenant un liquide citrin, transparent, trouvé au centre, la rend fluctuante. Autrement ses inégalités ressemblent à de petites circonvolutions cérébrales, d'un blanc rosé, grisâtre, rappelant la couleur du cerveau. C'était comme un petit cerveau anomal inclus dans l'épaisseur de l'hémisphère, n'ayant aucun rapport intime avec la substance cérébrale, s'étant développée de lui-même, d'une façon indépendante, refoulant peu à peu et sans la détruire, la substance nerveuse voisine.

Diagnostiquée comme un syphilome cérébral pendant la vie, cette tumeur s'est montrée parfaitement médullaire au microscope. L'auteur pense donc que les noyaux abondants ou myélocytes de sa substance blanche en ont été l'origine, comme le tissu conjonctif qui entoure la mamelle produit l'adénome. C'est ce que des observations ultérieures pourront seules décider sur ce point obscur de pathogénie cérébrale en raison de la rareté des observations. (*Soc. de biologie*, 1866.)

CHANCRE. Diagnostic différentiel. Pour en montrer toute la difficulté avec les ulcérations arsenicales, M. Lailler dit dans ses conférences cliniques : « Je venais de montrer aux élèves qui m'entouraient un homme que je considérais comme porteur d'une syphilide douteuse. « Quant à celui-ci, dis-je, en montrant le malade qui le suivait, il ne pourra pas dire qu'il n'a pas la vérole », et je saisis entre les doigts ce que je considérais comme un magnifique chancre induré de la lèvre inférieure, près de la commissure droite — un type; le malade offensé se récrie, dit que c'est impossible, et se défend si bien que, malgré ma conviction, j'allais dire ma certitude, je pousse l'examen un

peu plus loin ; l'engorgement du ganglion sous-maxillaire correspondant était douteux ; nous apprîmes du malade qu'il préparait des couleurs pour les fleuristes, et que toute la journée il maniait des verts arsenicaux ; ce fut un trait de lumière : nous avions affaire à une ulcération arsenicale. Je fus un peu confus ; mais la ressemblance est telle entre ces lésions de nature si différente que je m'y laisserais reprendre. (*Union médic.*, n° 40.)

Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancres, et particulièrement sur le chancre mixte, par le docteur Nodet, précédées d'une introduction par le docteur Rollet, chirurgien de l'Antiquaille de Lyon, etc., in-8° de 140 pages. Deuxième édition.

CHIRURGIE. *Prophylaxie des accidents consécutifs aux opérations chirurgicales.* L'emploi des caustiques en chirurgie comme moyen de prévenir les complications consécutives des opérations obtient un succès croissant. Afin de rendre les plaies faites par l'instrument tranchant aussi inoffensives que celles produites par les caustiques, M. le docteur Bourgade recouvre, immédiatement après l'opération, toute la surface sanglante bien étanchée, au moins dans les cas de réunion médiate, d'un gâteau de charpie imbibé de la solution pure et normale de perchlorure de fer à 30 degrés. Tous les tissus sectionnés doivent en subir l'action. La douleur en résultant est très-vive, mais momentanée. Un autre gâteau de charpie mouillée recouvre le tout et reste en place jusqu'à la fin du premier septénaire où la suppuration détache et entraîne l'appareil. L'eschare noirâtre que l'on trouve dessous tombe à son tour, pour laisser une surface rose et vermeille qui se réunit et se cicatrise facilement par seconde intention sans que la fièvre traumatique soit ni intense ni prolongée.

Employée comme méthode générale depuis cinq années sur 95 opérés, ce pansement n'a donné qu'un seul insuccès, bien que cette statistique comprenne des amputations de membres, du sein et de tumeurs volumineuses. Un seul érisypèle est survenu et qui a très-bien guéri.

L'auteur considère donc ce pansement comme mettant les opérés à l'abri de l'infection purulente et putride chirurgicales. Le congrès international, en lui décernant sa médaille d'or, semble s'être associé à ces espérances.

Autrement les avis sont bien partagés à ce sujet. L'isolement des malades atteints d'érisypele, pratiqué par M. le professeur Gosselin, en vue d'éviter la contagion, lui paraît en avoir diminué le nombre et surtout le caractère épidémique Pratiqué dans tous les hôpitaux italiens, il explique aussi, selon M. Mazzoni, de Rome, la rareté des accidents consécutifs dont la contagion et l'infection seraient les principales causes. Aussi M. Marjolin plaide-t-il pour une réforme hospitalière, notamment pour l'alternance des salles et l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses, proposition accueillie à l'unanimité et transformée aussitôt en vœu qui sera transmis aux divers gouvernements par leurs délégués officiels, bien que d'après M. de Méric ces précautions d'alternance des salles, d'isolement et de toutes les précautions contre la contagion et l'infection soient monnaie courante dans les hôpitaux de Londres : d'où les beaux succès obtenus dans l'ovariotomie, et cela sans préjudice de cette autre précaution de ne plus recourir à la réunion immédiate dans les grandes amputations ; modification généralement suivie et approuvée par tous les chirurgiens d hôpital et formulée explicitement par MM. Gosselin, Labat et Verneuil.

L'influence des états diathésiques et des conditions organiques des malades n'est pas moins puissante pour ce dernier. C'est ainsi qu'en France comme en Angleterre, la gangrène s'empara souvent des moignons résultant d'opérations faites pour des accidents de chemins de fer.

Au nombre des précautions morales, M. le professeur Jeannel voudrait voir adopter une pratique suivie à l'hôpital de Bordeaux. C'est une fois l'opération consentie par le malade, de le tromper par un pieux mensonge et sous prétexte de l'habituer au chloroforme pour le jour de l'opération, de l'y soumettre d'avance, et une fois endormi, toutes les dispositions ayant été prises à l'avance, de pratiquer celle-ci séance tenante. On évite ainsi l'ébranlement moral résultant de l'anxiété de la vue des instruments et des apprêts de l'opération. (*Congrès internat.*)

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Dolbeau, suppléant de M. Jobert (de Lamballe), et recueillies par le docteur Besnier, interne des hôpitaux. Un vol. in-8°. Ouvrage empreint d'un bout à l'autre d'un esprit essentiellement pratique. Élève de M. Nélaton, l'auteur a réglé sa conduite sur celle du maître, en laissant toutes les questions de

synthèse pour étudier les maladies telles qu'elles se présentent à l'observation, en analyser les symptômes, en préciser la signification, et arriver ainsi à faire un diagnostic exact et à formuler les indications. Son livre est divisé en douze chapitres sur les sujets les plus importants de ses conférences et parmi lesquels se trouvent des observations très-remarquables, utiles à connaître et qui ne peuvent être que signalées ici.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. A. Desgranges, recueillies par MM. les docteurs L. Sérullaz et F. Christot. Premier fascicule. In-8° de 108 pages. — I. Tumeurs abdominales. — II. Corps étrangers du genou. — III. Tumeurs du sein. Paris.

Manuel d'opérations chirurgicales, par le docteur Dubreuil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. Publié par fascicules, in-18 de 36 pages et 8 planches coloriées. — L'ouvrage complet en contiendra six; plusieurs sont en vente. Ouvrage très-précis et qui par ses belles planches peut être très-utile aux praticiens n'ayant pas une grande habitude de la chirurgie, en leur mettant sous les yeux les principaux détails des opérations délicates au moment de les exécuter.

Osservazioni chirurgiche, par le docteur Larghi, chirurgien de l'hôpital de Verceil; broch. in-8° de 70 pages, Milan. Suite des observations cliniques du célèbre chirurgien italien et qu'il réunit successivement sous le titre de *Clinica chirurgica*, dont la première partie remonte à 1862. Celle-ci en est la cinquième, et commence et finit par deux nouveaux cas remarquables : le premier de l'emploi de l'azotate d'argent contre la carie, le second de reproduction du tibia nécrosé sous l'influence du périoste, dont le premier en Europe, peut-être, il a cliniquement démontré la propriété ossifiante.

Arsenal de la chirurgie contemporaine, description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, l'orthopédie, la prothèse et les opérations simples, générales, spéciales et obstétricales, par G. Gaujot, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, etc. Un vol. in-8° de 800 pages avec 410 figures intercalées dans le texte. Paris; un second volume doit suivre.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. Guersant, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. *Huitième et dernier fascicule*, formant réunis un beau vol. in-8°.

Voy. Gutta-percha.

CHLORATE DE POTASSE. Antiabortif d'après quelques observations. — Voy. Avortement.

CHLOROFORME. Une altération du chloroforme, signalée par M. Staedeler, se reconnaît à l'odeur du gaz phosgène qu'il exhale. Pour s'en assurer, on le met en contact avec moins de 1 milligramme de bilirubine, et l'on a avec le chloroforme altéré, une dissolution verte.

Comme il n'est pas nécessaire d'opérer avec de la bilirubine pure, M. Bragendorff la prépare ainsi : évaporez de la bile à siccité au bain-marie, épuisez par du sulfure de carbone rectifié, filtrez, évaporez, épuisez le résidu avec de l'alcool, puis avec de l'éther : il reste une matière cristalline rouge qui est de la bilirubine passablement pure. (*Journ. de pharm. et de chimie*, janvier.) — Voy. Anesthésie.

CHOLÉRA. Étiologie. De leurs expériences sur les animaux soumis à l'action des déjections des cholériques, MM. Legros et Goujon concluent que le choléra est une intoxication par un principe diastasique dont la source serait dans les fruits qui se mangent ordinairement en grande quantité quand apparaît le choléra. Suivant eux, la transmission du fléau est due à la présence dans l'air de substances organiques de la nature de la diastase et à leur absorption par les voies respiratoires. La présence de la diastase dans le sang explique tous les symptômes. L'injection, dans les veines ou la trachée des animaux, d'un liquide recueilli par condensation dans l'atmosphère d'une salle de cholériques, provoque les symptômes du mal indien, tandis que l'inoculation du sérum ou des déjections n'amène pas d'accidents caractéristiques ; mais injectés dans les veines et la trachée des chiens à une certaine dose, ou introduits dans l'estomac à doses énormes, ces liquides spécifiques déterminent des accidents cholériques. Anciennes ou décomposées, elles déterminent l'infection putride. Les substances putrides injectées

dans le sang tendent à s'éliminer par l'intestin et déterminent de la diarrhée sans accidents cholériques.

La diastase végétale produit exactement les mêmes symptômes que les liquides cholériques. D'où cette conclusion capitale et finale correspondant à la première : le choléra est causé par l'absorption d'une certaine quantité de diastase introduite dans l'estomac avec des aliments ou des boissons qui renferment cette substance. C'est donc à la détruire ou à l'éliminer que l'on doit tendre pour arriver à la guérison du choléra. (*Journ. de l'Anat. et de la phys.*, novembre et décembre 1866.)

Transmissibilité. Pour juger du pouvoir infectant des déjections cholériques, MM. les docteurs Storkvis et Guije, d'Amsterdam, les ont inoculées sous toutes les formes et à divers degrés d'altération à des lapins, des chiens, des pigeons, des grenouilles et des souris sans obtenir un résultat affirmatif. Sur 43 expériences, 40 furent négatives en mettant même les animaux dans les conditions propres à être infectés (*Nederl. Tijdsch. Geneesk*). On peut donc arguer de ces contradictions pour nier le principe contagieux de ces matières.

Contre cette doctrine de la transmissibilité qui s'affirme chaque année davantage, il est remarquable que l'affluence, l'encombrement d'étrangers venus à Paris pour l'Exposition universelle, de toutes les parties du globe alors qu'en plusieurs, l'Italie notamment, le choléra régnait épidémiquement, il n'en ait pas provoqué le développement; quelques cas sporadiques ont été signalés et c'est tout. C'est donc là un argument contre la contagion et même contre les conclusions suivantes formulées par M. Briquet dans son rapport sur le choléra de 1849.

Voici ces conclusions :

1° Parmi les diverses espèces du choléra morbus, il en est une à laquelle on a donné le nom de *choléra indien* ou *choléra asiatique*. Cette espèce a pour caractère étiologique la faculté de se propager d'un lieu à un autre lieu, pour caractère anatomique la psorentérie, et pour caractère pathologique des selles blanches *sui generis*.

2° Elle est originaire de l'Inde, où elle existait probablement de temps immémorial, mais ses apparitions bien constatées n'ont pris de l'importance que vers 1760, époque des luttes des troupes françaises avec les troupes anglaises dans l'Inde.

3° Jusqu'en 1820, les épidémies ont été fréquentes dans l'Inde, mais hors de cette contrée, on ne les a jamais observées, si ce n'est dans les Pays-Bas et la province de Gand en 1665; la Hollande était alors presque seule en commerce avec l'Inde.

4° De 1817 à 1850, époque à laquelle s'arrête le présent travail, il y a eu trois grandes épidémies de choléra qui se sont propagées hors de l'Inde, et toutes les trois ont eu le Bengale pour point de départ.

5° Quand la propagation s'est faite par la voie de terre, elle a généralement eu lieu de proche en proche. Par la voie de mer, au contraire, elle a eu lieu à des distances plus ou moins grandes, et les premières localités atteintes ont été généralement des ports marchands.

6° Les conditions qui favorisent la propagation des épidémies sont : le voisinage des lieux où règne le choléra, la proximité des cours d'eau peu rapides, les altitudes peu considérables, l'élévation de la température, la présence d'une grande quantité de vapeur d'eau dans l'air, les grandes variations atmosphériques, le défaut d'aération, l'arrivée des vents venus des localités infectées, les grandes réunions d'hommes, l'encombrement, la guerre, la disette, la misère, la mauvaise santé, l'état de débilité, les passions débilitantes, les fatigues et enfin le régime alimentaire peu convenable.

7° Les conditions qui tendent à mettre obstacle à la propagation des épidémies sont justement les conditions contraires.

8° Les conditions qui donnent lieu aux attaques individuelles sont de même ordre que celles qui favorisent la propagation des épidémies.

9° Il n'est pas encore constaté que les états pathologiques spéciaux soient les avant-coureurs nécessaires des épidémies du choléra asiatique.

10° L'attaque du choléra débute ordinairement par des troubles dans les fonctions du tube digestif et surtout par la diarrhée dite prémonitoire.

11° La maladie elle-même paraît résulter de l'influence d'un agent spécifique encore inconnu et dont l'effet est d'atteindre rapidement la vitalité jusque dans ses sources.

12° Les phénomènes réactionnels sont généralement le résultat de phlegmasies à forme spéciale.

13° Le spécifique du choléra est encore à trouver, et la médication la plus rationnelle consiste à combattre, avec une certaine réserve et par les moyens appropriés, les accidents à mesure qu'ils se produisent. Dans ce traitement, le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit que dans le choléra grave toute médication qui dépasse les bornes de la modération expose à des accidents très-sérieux.

14° Enfin la mortalité moyenne déterminée par le choléra asiatique est généralement d'un décès sur deux malades. (*Acad. de méd.*)

Symptomatologie. *Température.* De l'examen de quarante-cinq malades en plaçant le thermomètre dans le vagin et le rectum, le docteur Güterbock, a trouvé dans la période algide une augmentation notable, tandis qu'il y a un refroidissement considérable des parties périphériques. Elle n'était abaissée de un demi-degré à un degré que dans six cas ; dans tous les autres, elle était augmentée; une fois jusqu'à 42 degrés. Douze malades, examinés peu avant la mort, présentaient cette augmentation. Dans la période de réaction, elle est simple s'il n'y a pas de complications qui l'élèvent. (*Virchow's Archiv*, janvier.)

Ces données se rapprochent ainsi de celles obtenues par M. Charcot. (Voy. *Année* 1866.)

Gangrène. Chez un homme de trente-huit ans qui venait d'avoir le choléra et admis à l'Hôtel-Dieu, M. Laugier constate une gangrène mal limitée du pied, s'étendant après le détachement des parties antérieures jusqu'à l'astragale. Mort d'une infection purulente, ce sujet présente à l'autopsie, outre les abcès métastatiques du foie et des poumons, l'artère péronière oblitérée par un caillot volumineux, très-consistant et adhérant, s'étendant sur un espace de plusieurs centimètres jusque vers le point où cette artère perfore le ligament interosseux.

Une artérite avait donc été le principe de tous les accidents. Et se demande M. Laugier, était-elle coïncidence fortuite ou un effet du choléra ?

Sans résoudre cette question, M. le docteur Soffray y répond par un second fait. En 1850, un jeune Arabe de vingt ans, atteint du choléra, ayant été apporté à l'hôpital militaire de Mostaganem, il l'a vu, après vingt à trente jours de maladie et au début de la convalescence, être pris de gangrène des

deux jambes. Les parties molles étant tombées, il lui enleva les métatarsiens et il y eut une cicatrisation parfaite et guérison.

Comme le diabète, le choléra semble donc pouvoir, d'après ces faits, amener la gangrène par les troubles profonds qu'il imprime à la vitalité et cela est d'autant plus facile à admettre que, plus d'une fois, du sucre a été rencontré dans l'urine des cholériques. (*Gaz. des hôp.*, n°s 140 et 143, 1866.)

Il a suffi aussi que ce fait fût signalé pour que d'autres vinssent le confirmer. Un troisième cas a ainsi été publié par la *Gazette*, n° 146, et à la *Société médicale des hôpitaux*. M. Bourdon a rapporté un cas de paralysie des membres inférieurs par embolie des principales artères des membres suivie de gangrène et de mort chez une jeune fille qui venait d'avoir le choléra, mais chez laquelle plusieurs autres causes pouvaient aussi avoir déterminé cet accident. Un cinquième cas est encore cité par la *Gazette*, et ce nombre fait assez prévoir que ce ne sont pas les seuls. Il est ainsi hors de doute que l'oblitération des artères et la gangrène consécutives doivent être regardées comme les conséquences du choléra.

Un mémoire original de M. Mouchet, interne du service des cholériques à l'Hôtel-Dieu, ne laisse aucun doute à cet égard. Après un exposé historique, il relate 6 nouveaux cas de gangrène dont 1 de la lèvre inférieure, 2 des poumons coïncidant avec une pneumonie, 1 de la peau, 2 du bras, suite de phlegmon. La gangrène cholérique est donc évidente, irrécusable; pourtant son extrême rareté permet de demander si, dans ces cas même, la pneumonie comme le phlegmon n'ont pas été, dans l'état du sang, la cause déterminante de la gangrène. La glycosurie existant aussi dans un cas éveille l'idée de cause à effet entre ces deux phénomènes. Néanmoins, c'est une complication des plus graves à redouter et contre laquelle il n'y a malheureusement rien à faire. (*Arch. de méd.*, avril.)

Isolement. En montrant par la statistique et le raisonnement l'influence dangereuse des âges extrêmes, l'enfance au-dessous de deux ans et la vieillesse au-dessus de soixante-dix pour la terminaison par asphyxie du choléra à cause du défaut d'oxygénation du sang, M. J. Roux (de Brignolles) conclut que tout individu placé par l'âge ou des maladies préexistantes

(l'état puerpéral, les phthisiques et ceux atteints d'affections intestinales notamment), doit être soustrait, dès le début, à l'influence épidémique par l'émigration à la campagne, loin des foyers épidémiques.

L'enfant, le malade, le vieillard forcés de séjourner au milieu d'un foyer cholérique pourront s'en préserver par un système d'isolement, rapidement observé dans un logement sain et hygiénique. Les résultats obtenus dans les hôpitaux par l'isolement, dans les prisons cellulaires, dans des monastères cloîtrés sont des preuves de l'efficacité de ce moyen.

Tout valétudinaire dans un hôpital ou hospice où se montre le choléra, doit en être renvoyé sans inhumanité. (*Bull. de la Soc. de méd. de Marseille*, n° 2.)

Injection veineuse d'eau. Elle a été exécutée dans un seul cas par M. Lorain à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 septembre 1866, chez un cholérique vigoureux et bien constitué qui semblait près de succomber. Au lieu d'une action chimique tentée par d'autres en transfusant du sang ou des solutions alcalines dans les veines des cholériques, il se proposa l'action purement mécanique de solliciter l'activité du cœur et de ranimer la circulation prête à s'arrêter faute de liquide. Ayant mis à nu une veine superficielle de l'avant-bras, il y introduisit un trocart dont la canule fut fixée et laissée en place. 400 grammes d'eau à 40 degrés centigrades y furent injectés avec une pompe en verre aspirante et foulante munie de valvules empêchant la pénétration de l'air. Aussitôt le cœur battit plus fort, la respiration devint ensuite plus ample, et puis la température de la bouche à 26°,8 avant l'opération, s'élevait à 30 degrés dix minutes après. Enfin le malade accusa de la soif, il s'endormit et dès le lendemain il se levait seul et guérit parfaitement. (*Acad. des Sc.*, novembre.)

Entouré comme il l'est de toutes les garanties scientifiques, de détails précis et des mieux circonstanciés, ce fait est certainement très-remarquable, mais il n'est pas concluant précisément par son unicité.

M. Desprès, de Saint-Quentin, vante la potion suivante dans la période algide comme répondant aux indications principales de calmer les spasmes si douloureux de l'estomac qui le rendent réfractaire aux médicaments et aux boissons et de stimuler ac-

tivement les fonctions de la peau, si étroitement liées à celles du tube digestif. La dose seule varie suivant l'intensité des accidents, la tolérance, l'âge, les habitudes.

℞ Chloroforme..........................	1	gramme.
Alcool..............................	8	—
Acétate d'ammoniaque (esprit de Mindérérus).	10	—
Eau.................................	110	—
Sirop de chlorhydrate de morphine...........	40	—

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Deux observations sont données à l'appui. Elles en valent trois, en ce que, dans la seconde, les accidents, interrompus une première fois, recommencèrent dès que l'usage de la potion fut cessé, et il suffit d'en reprendre l'usage pour les faire cesser de nouveau. C'est là, sans doute, un commencement de preuves, mais il faudrait des faits plus nombreux pour convaincre sur la valeur spécifique de cette potion.

Acide prussique. Pour M. Posnanski, médecin polonais, l'acide cyanhydrique médicinal serait ce spécifique. Considérant le choléra comme une névrose du grand sympathique, il donne l'acide pur porté graduellement jusqu'à 15 à 25 gouttes chez l'adulte dans la période algide. Au lieu de déprimer, il excite toutes les fonctions, facilite la transpiration, arrête la diarrhée et les vomissements, si l'on insiste sur son emploi en le répétant fréquemment. Il n'est inutile que dans la période typhoïde. Ce traitement, aidé de la saignée au début, ne lui a donné qu'une mortalité de 12 pour 100. (*Congrès internat.*)

Comment croire à tous ces spécifiques et aux merveilles que l'on en rapporte, quand tant de médecins et de profanes dans tous les pays vantent le leur? Les Persans traitent ainsi leurs cholériques en les plaçant dans les latrines. C'est inconciliable avec la mortalité si considérable du choléra. Si un seul de ces prétendus spécifiques existait réellement, il n'y aurait bientôt plus tant de décès.

CHORÉE. **Chorée mortelle.** La rareté de cette terminaison funeste rend le cas observé par le docteur Wheeler très-

remarquable en ce sens que cette névrose paraît beaucoup plus grave lorsqu'elle est symptomatique que dans sa forme la plus ordinaire, c'est-à-dire idiopathique, essentielle.

Une Anglaise de trente-trois ans, ayant avorté criminellement cinq jours auparavant par la ponction des membranes, alors qu'elle était arrivée à la fin du troisième mois d'une troisième grossesse, se plaignait d'un mouvement incessant et irrégulier de tout le membre supérieur droit auquel la face participa bientôt; elle semblait disposée à rire de ses mouvements grotesques. Facultés intellectuelles saines, pas de fièvre ni aucune douleur dans l'hypogastre. En quelques jours, tout le système excito-moteur fut atteint de mouvements involontaires, irréguliers, très-violents; chaque muscle se contractait dans un sens opposé; on ne pouvait que difficilement réprimer la jactance de la patiente, ni ses mouvements; elle ne pouvait rester au lit ni conserver ses habits sur son corps à moins d'être calmée ou endormie avec le chloroforme ou l'éther.

Malgré l'emploi de ventouses, des contro-stimulants et des révulsifs avec des applications froides sur la portion cervicale du rachis, et à l'intérieur, les cathartiques, les nervins et les narcotiques, cette femme succomba le vingtième jour après son avortement. (*Boston med. and surg. Journal*, décembre 1866.)

Incomplète dans ses détails, cette observation manque aussi de précision pour mettre la chorée hors de doute, sans contestation et la distinguer du tétanos dont ce cas suggère l'idée. Mais elle n'est rapportée qu'au point de vue américain à cause de la fréquence des avortements criminels et pour éclairer les praticiens sur cet ensemble de symptômes formidables dont ils ne pourraient souvent se rendre compte sans savoir que l'*abortionist* a passé là avant eux.

Éthérisation locale. Le succès a été aussi rapide qu'inattendu chez une petite fille de sept ans, entrée à l'hôpital de l'Enfant Jésus de Varsovie pour une récidive de chorée très-intense. Après avoir employé vainement tous les toniques et antispasmodiques, M. Lubelski anesthésia la moelle épinière au moyen d'un courant d'éther sulfurique pulvérisé.

Après deux aspersions de trois à cinq minutes, les mouvements désordonnés de la malade se ralentirent et reprirent bientôt leur caractère normal.

La promptitude du résultat ne permet guère ici de mettre en doute l'action du remède; mais il est plus difficile d'en saisir le mode d'agir. Est-ce par la réfrigération comme les applications glacées du docteur Chapman ou par l'anesthésie locale de l'éther? Quoi qu'il en soit, cette donnée thérapeutique permet d'étendre l'usage de cette médication à toute la classe des névroses et même des névralgies.

Un second succès, rapporté par le docteur Zimberlin, tend à confirmer le premier. Dans une chorée récente, aiguë pour ainsi dire, chez un enfant de dix ans — les attaques se succédant, de plus en plus rapprochées dès le troisième jour, avec une intensité inquiétante malgré l'usage de la belladone, vésicatoires et autres moyens — une première pulvérisation d'éther d'une durée de trois minutes est pratiquée le long du rachis en insistant particulièrement sur la région cervicale, à l'exclusion de tout autre traitement. Il n'y eut plus qu'une attaque dans la journée, aucune dans la nuit, et une seconde pulvérisation suffit à mettre fin aux accidents et à compléter la cure. (*Gaz. hebd.*, n° 39.)

Tout est insolite dans ce fait : son début soudain, sans cause, et sa terminaison, sa guérison subite. Il peut donc inspirer des doutes et aurait besoin à son tour d'être confirmé par des observations ordinaires et plus probantes.

CLIMATOLOGIE. *De l'influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral*, par le docteur P. Foissac. 2 beaux volumes in-8° de 1300 pages. Suite du *Traité de la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme* qui a été couronné par l'Institut, celui-ci montre, expose les conditions physiologiques, pathologiques et psychologiques de l'homme, races, tempéraments, maladies, mœurs, aptitudes, croyances, œuvres d'art ou de science dans leurs rapports avec les climats, sous la triple influence de l'air, de l'eau et des lieux, consacrée par Hippocrate. C'est une étude considérable qui met en rapport les diversités naturelles et morales de l'humanité en regard des diversités physiques du monde extérieur. Ce mérite est rehaussé par une forme littéraire et anecdotique qui fait le charme et l'attrait de toutes les productions de l'auteur, forme bien adaptée à ce genre d'ouvrages et qui les fait relire souvent plusieurs fois.

CLITORIDECTOMIE. Vantée et pratiquée dans ces dernières années en France contre l'onanisme des petites filles, cette excision du clitoris a reçu en Angleterre une nouvelle consécration de la part de M. Baker Brown, qui la pratique dans toutes les affections causées ou entretenues par de mauvaises habitudes chez les femmes mariées ou non, comme la manie, l'hystérie, l'épilepsie, la paraplégie et autres formes de l'aliénation mentale (voy. ce mot, *Année* 1866). Mais l'étrangeté même de l'opération en a provoqué la critique, et une longue et vive discussion s'est élevée à la *Société obstétricale de Londres* à ce sujet. Plusieurs médecins ont dit avoir vu des cas où, pratiquée par M. Baker-Brown lui-même, elle n'avait remédié ni à l'affection nerveuse ni aux mauvaises habitudes qui se produisaient aussitôt après la cicatrisation. Elle aurait même eu un effet contraire, selon M. Greenhalgh, chez des femmes qui, ne s'étant jamais livrées à l'onanisme auparavant, avaient été prises ensuite de démangeaisons locales qui les avaient conduites à cette habitude pernicieuse.

L'auteur, assisté du témoignage de MM. Routh et Rogers, a prétendu néanmoins avoir amélioré par ce moyen l'état d'idiotes, de paraplégiques, de femmes atteintes d'incontinence d'urine, de métrorrhagies fréquentes, etc. Et comme loin d'altérer l'excitation sexuelle dans le coït, elle a plutôt pour résultat de la faire naître et de la développer, cette opération lui semble donc très-praticable et sans danger.

Des longs et fastidieux débats auxquels elle a donné lieu, on peut toutefois conclure que cette opération, très à la mode en Angleterre, n'a pas toute l'efficacité qui lui avait été attribuée et ne paraît guère avoir plus d'avenir au delà du détroit qu'en deçà. C'est une vogue éphémère que les résultats et la réflexion ne tarderont pas à faire disparaître.

COEUR. Physiologie. *Mécanique cardio-vasculaire.* Auteur d'un traité de *Pathologie du cœur et de l'aorte*, M. le professeur Baccelli, de Rome, a développé dans le troisième et dernier volume, qui vient de paraître, une théorie des plus simples sur les mouvements et les bruits du cœur. Appuyé sur la tradition des grands médecins italiens Valsalva, Albertini, Morgagni, Lancisi, il leur rapporte l'idée première de la dilatation impulsive et fonctionnelle du cœur au détriment de Corrigan, Pigeaux, Beau, qui en sont regardés comme les initiateurs par la plupart

des classiques. Rappelant l'anatomie subtile et la disposition des fibres cardiaques en 8 de chiffre de la pointe à la base du cœur ; les expériences de Ludwig et de Spring démontrant que, à l'état de diastole, le cœur ventriculaire est un cône renversé, à base elliptique et à l'état de systole, un cône plus petit, à base circulaire, disposition graphique décrite longtemps avant dans ces paroles de Lancisi : *Cor erat orbiculatum mucrone ad basim violenter et pertinaciter contracto ita ut adhuc in systole dixisses*; commentaire adopté par Morgagni, ainsi que le mouvement systolique ; et Albertini établissant que *Pulsatio est elatio seu dilatatio cordis* — M. Baccelli explique, démontre le mécanisme circulatoire par le parallélogramme des forces. Pour cela, dit-il, isolez le ventricule gauche avec l'aorte; faites une incision longitudinale sur la ligne opposée à l'aorte même; ouvrez largement le ventricule de sa base à la pointe; étudiez la position de la valvule bicuspide et sa face opposée aux deux orifices auriculo-ventriculaire et aortique

Réduisez ainsi le cœur examiné à un schéma linéaire. Celui-ci étant donné, ainsi que l'existence du sang dans le ventricule et sa direction future par l'aorte, chercher et établir les forces.

Le schéma du ventricule est réduit à deux lignes convergentes à la pointe du cœur. Au milieu de ces lignes, en haut, est placée l'aorte comme refuge nécessaire du sang.

De la pointe du cœur à la base du cône sont les fibres en 8 de chiffre qui, par contraction latérale, tirent la pointe en haut.

La traction latérale détermine nécessairement le raccourcissement de la ligne qui, tirée du centre aortique, aboutit à la pointe du cœur. D'un autre côté, la valvule tendue, de l'autre le sillon de la paroi et de la cloison font converger le sang dans l'aorte avec sa force préconçue. Sur le schéma linéaire de l'aorte, le choc sera bilatéral reproduisant exactement l'évolution de la force automotrice.

La ligne qui, du centre de l'aorte, s'adressera à la pointe du cœur sera donc en même temps l'axe hydraulique et le point de conversion de toute force; elle représentera ainsi la résultante des deux forces du schéma linéaire, c'est-à-dire le parallélogramme de forces et sa translation progressive. L'élasticité de l'aorte explique la continuation non interrompue du système. La sphygmographie bien interprétée en est la sanction.

En effet, les sphygmographes d'Herisson, de Ludwig, de Vierordt, de Marey, révèlent un mouvement de l'artère, mais uni-

latéral, avec une série de lignes ascendantes et descendantes. La logique impose la démonstration complète, exigeant l'application du même instrument enregistreur sur le côté opposé du vaisseau. Les lignes réunies présentent alors le *parallélogramme des forces*. C'est ainsi que Gandolfi, dans son *Traité de sphygmographie*, avait donné le mouvement artériel complet avec une figure représentant le diagnostic d'un trait artériel.

Telle est la démonstration faite au *Congrès médical international*, dans sa séance du 22 août, aidée par une figure dessinée sur le tableau.

Ce n'est pas à dire, d'après cela, comme l'a objecté M. le docteur Grand-Clément, que les forces agissant dans la cavité ventriculaire soient réduites à deux seulement, c'est le schéma seul que comporte la démonstration qui les réduit ainsi. (*Union médicale*, nos 108, 117 et 131.)

Séméiologie. *Souffles anémiques.* En réponse à la nouvelle interprétation que leur a donnée M. Parrot (voy. *Année* 1866), M. Bondet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, invoque l'autorité de plus de vingt autopsies de sujets lui ayant présenté pendant leur vie un bruit de souffle systolique à la base du cœur, et chez lesquels il a constaté après la mort un rétrécissement plus ou moins marqué de l'orifice aortique. Il considère donc ce rétrécissement comme la cause essentielle des bruits de souffle cardiaque de nature anémique, en soutenant qu'il se produit dans toutes les maladies qui donnent lieu à ces bruits pathologiques.

Bien qu'il puisse s'expliquer par une sorte de coarctation produite au niveau de l'orifice aortique par les fibres musculaires qui soutiennent les valvules, ou par quelques faisceaux contractiles qu'on observe entre les prolongements de l'aorte dans le tissu musculaire du cœur, prolongements qui sont, on le sait, comme le point d'implantation ou d'origine de l'aorte, M. Bondet attribue ce rétrécissement à un phénomène de pure élasticité, soit par l'action seule des tissus élastiques, rapprochant ce rétrécissement de ce qui a lieu dans le retrait actif des parois artérielles noté dans l'anémie par M. Vernois, — retrait si évident chez les suppliciés décapités, et chez tous les individus en général morts à la suite d'hémorrhagies abondantes, — soit par certains troubles nerveux agissant sur l'élément musculaire lui-même. En tout cas le fait existe, il est incontestable.

M. Bondet l'a observé la première fois, en 1859, en faisant l'autopsie d'une jeune fille morte à la suite de métrorrhagies abondantes, et ayant présenté, pendant la vie, un souffle cardiaque systolique très-marqué, à la base du cœur. Le rétrécissement de l'orifice aortique était tel, que l'extrémité du doigt indicateur ne pouvait s'y engager qu'avec peine.

Plus de vingt exemples d'individus plus ou moins anémiques, ayant tous présenté pendant leur vie des souffles à la base du cœur, et après la mort le rétrécissement en question sans lésion des valvules ou des parois, permirent bientôt d'affirmer cette relation de cause à effet, et de donner, comme une règle constante, l'existence de ce rétrécissement, sans lésions valvulaires, chez tout individu porteur d'un bruit de souffle anémique à la base du cœur.

Le rétrécissement constaté, la cause du bruit de souffle s'explique par des lois certaines de physiologie pathologique. Il ne s'agit que de faire intervenir ces deux conditions signalées par M. Marey, qui toutes deux existent plus ou moins marquées chez tous les anémiques, l'abaissement de la tension artérielle et la vitesse plus grande avec laquelle s'accomplit la systole du ventricule, pour voir réalisées les deux conditions essentielles à la production d'une veine fluide sonore, c'est-à-dire à un souffle: un point rétréci, suivi d'une partie dilatée, et une vitesse suffisante de la circulation.

Ce rétrécissement se constate ainsi : à l'état normal, les deux orifices aortique et pulmonaire ont la même circonférence, 7 centimètres environ. L'orifice pulmonaire ne variant pas, ou variant très-peu, on peut toujours le prendre pour terme de comparaison et arriver, par des mensurations exactes de ces deux orifices faites chez le même individu, à constater les différences qui peuvent exister entre eux. Or, dans tous les cas observés, l'orifice pulmonaire restant avec sa circonférence habituelle, celle de l'orifice aortique a toujours été trouvé plus ou moins diminuée, comme le démontrent quelques observations.

Dans toute l'étendue des rétrécissements, les valvules étant toujours saines, elle a varié entre 8 et 20 millimètres. L'intensité du souffle était presque toujours en rapport avec le degré du rétrécissement, — presque toujours et non pas toujours, car, indépendamment du rétrécissement, il faut dans les causes de production de ces bruits de souffle, tenir compte aussi de la

force de contraction du ventricule, et surtout de la vitesse de la circulation.

C'est en se basant sur ces faits que M. Bondet affirme, contrairement aux idées émises par M. Parrot sur la localisation et la cause des bruits de souffle cardiaque de nature anémique, que le signe de ces bruits est bien à l'orifice aortique, et que leur cause essentielle se trouve dans un rétrécissement de cet orifice. Mais en développant ces faits devant la *Société des sciences médicales de Lyon*, l'auteur a rencontré des contradicteurs énergiques dans MM. Tripier et Perroud, qui adoptent, sauf restrictions, l'interprétation nouvelle donnée par M. Parrot, tandis que M. Boucaud trouve des faits pour concilier les deux doctrines opposées. (*Gaz. méd. de Lyon*, n°s 1 et 2.)

Diagnostic. *Douleur épigastrique.* Les troubles de la digestion sont bien connus, dit le docteur Leared, pour être une complication très-commune des maladies du cœur. L'anxiété précordiale est le plus souvent accompagnée d'un sentiment d'oppression épigastrique après le repas, de flatulence et d'autres symptômes gastriques. Ils sont même parfois si prédominants qu'ils masquent complétement la maladie principale comme 10 observations cliniques rapportées à l'appui en témoignent irrécusablement. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des individus inconscients de leur maladie de cœur. La difficulté de respirer et d'autres symptômes pulmonaires révèlent seuls leur attention.

Au contraire, dans les cas rapportés par le docteur Leared, sauf une seule exception, la douleur d'estomac augmentant après avoir mangé, était le symptôme prédominant. Il attirait exclusivement l'attention des malades, et chez tous une altération du cœur fut découverte, le plus souvent des valvules aortiques ou des parties environnantes; 8 de ces cas se sont même terminés fatalement, et dans 6, dont l'histoire finale est connue, la mort est survenue subitement.

La conclusion pratique est donc d'examiner le cœur toutes les fois qu'un malade se plaint de douleur épigastrique après avoir mangé. Dans plusieurs cas, il est probable que l'on reconnaîtra que la gastralgie est déterminée par une maladie du cœur ou de l'origine de l'aorte. Si même la mort subite dans ce cas se confirmait par une expérience ultérieure, la gastralgie

dans les maladies du cœur serait un élément important de diagnostic. (*Med. Times*, juin.)

Double bruit diastolique. Contrairement à l'opinion générale qui le place aux orifices artériels, le professeur Nicolis dit l'avoir rencontré dans diverses cardiopathies, correspondant à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et coïncidant avec un léger épaississement de la valvule mitrale; lésion constatée par de nombreux examens nécroscopiques. L'oreille appliquée sur l'orifice ventriculaire gauche, dit-il, reçoit la sensation d'un tac-tac-tac semblable au chant de la *Quaglia*, parfois accompagné d'un léger souffle. D'où il conclut qu'il est le signe du début de l'épaississement des valvules auriculo-ventriculaires et quelquefois de la mitrale.

Mais tout en s'accordant sur la réalité du fait, le professeur Moleschott contredit cette opinion trop absolue, en montrant que ce double bruit se produit dans divers orifices et en divers temps, notamment aux orifices artériels, ainsi que l'ont constaté les plus éminents cardiopathologistes. (*Acad. de méd. de Turin*, janvier.)

Il reste donc à vérifier la fréquence de ce double bruit et ses caractères pour en faire un signe de l'épaississement de la mitrale. — Voy. MURMURES CERVICAUX.

Insuffisance valvulaire sans modification des bruits du cœur. Un interne distingué des hôpitaux, M. Georges Dieulafoy, a observé un cas où les orifices auriculo-ventriculaires étaient tellement dilatés, le droit surtout, que l'oreillette et le ventricule, le cœur étant ouvert, il semblait ne pas y avoir de démarcation. L'orifice tricuspide mesurait 160 millimètres au lieu de 103. Il n'existait aucun bruit morbide. « Pour qu'un bruit de souffle se produise, dit très-bien Mr. Dieulafoy, il faut, entre autres conditions, que le liquide en mouvement passe d'un milieu moins large dans un milieu plus large; or, cette condition n'existait pas dans ce cas, puisque les ventricules, les orifices et les oreillettes présentaient sensiblement le même calibre. » Dans la toux, une tumeur globuleuse, formée par les veines, se montrait au-dessus de la clavicule, en dehors du sterno-mastoïdien, par suite de la stase veineuse qui a lieu dans l'effort en général et qui était largement favorisée ici par l'énorme insuffisance tricuspide. Les urines contenaient de l'albumine, et, à la base des

deux poumons on entendait des râles sous-crépitants fins, signe d'œdème pulmonaire. Dans le compte rendu de l'autopsie, on ne dit rien de l'état des reins. (*Union médicale*, n° 94.)

Oblitération des jugulaires. Dans deux cas d'altérations valvulaires, dont un rétrécissement de l'orifice aortique avec épaississement de l'une de ses valvules constatée par l'autopsie, le docteur Ramirez trouva en outre, près de l'origine de la veine sous-clavière, un coagulum en oblitérant le calibre et se prolongeant dans la direction de la veine axillaire; en haut la jugulaire, oblitérée aussi, présente l'aspect d'une injection; elle forme un cordon dur, un peu moins gros que le petit doigt; à la moitié du cou, ce cordon se divise en deux branches, et celui qui appartient à la jugulaire externe monte derrière l'angle de la mâchoire pour s'enfoncer plus loin, sans l'avoir suivi au delà. Ce coagulum était noirâtre, consistant, sans adhérence aux parois des vaisseaux, et même sans altération aucune.

L'autopsie n'ayant pas été faite dans l'autre cas, la même certitude sur cette oblitération fait défaut et ne repose que sur la similitude des symptômes. La veille de sa mort, le malade, enfant de douze ans, se plaint d'une douleur sur le côté droit du cou; cette douleur très-vive, augmentant à la plus légère pression, provoque l'examen, et l'on reconnaît un cordon dur, douloureux au toucher, formé par la veine externe oblitérée: le bras du même côté est très-gonflé, froid, extrêmement douloureux à la pression, circonstances qui empêchent de s'assurer de l'état des vaisseaux, mais qui font craindre aussi une oblitération qui s'étend peut-être jusqu'à la sous-clavière. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 47.)

C'est donc là une nouvelle complication à vérifier. Elle ne servira guère, il est vrai, qu'à annoncer une mort prochaine; mais rien n'est indifférent en pathologie, en clinique, de tout ce qui peut en augmenter la précision, la certitude.

Cereus grandiflora. Sous forme de teinture concentrée, soit 125 grammes des pousses et des fleurs fraîches du cactus, dans une pinte d'alcool, donnée à la dose de 5 gouttes trois fois par jour, en augmentant graduellement, le docteur Potter, de Boston, recommande ce remède comme sédatif et diurétique dans les affections cardiaques nerveuses et organiques. Il diminue la fréquence du pouls et augmente la sécrétion rénale. Il

convient ainsi contre l'anasarque. (*Boston med. and surg. journal.*)

Circulation veineuse des parois auriculaires du cœur, par le docteur O. Lannelongue, aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, etc. Grand in-8.

COLCHIQUE. Une préparation nouvelle spéciale de ce médicament, connue sous le nom de *colchique de Cocheux*, jouit d'une telle vogue dans l'est de la France qu'elle mérite une mention particulière. Elle est due à M. Cocheux, pharmacien à Montluel (Ain), qui est parvenu, en enlevant par un procédé à lui, le principe drastique contenu dans la partie laiteuse du bulbe du colchique, à permettre de l'administrer à haute dose et pendant assez longtemps, pour obtenir une guérison certaine sans avoir à redouter ces dérangements d'entrailles, ni à endurer ces atroces coliques qui obligeaient si souvent les malades à en suspendre, sinon à en cesser l'emploi. Voici à l'appui sa propre observation.

Atteint d'un rhumatisme goutteux dès l'âge de vingt-cinq ans, il était perclus de ses membres, toutes les articulations étaient envahies lorsqu'après deux ans de souffrances et de vaines médications, le mal se fixa au genou gauche, dont le gonflement était énorme. Après trois ans de souffrance de cette grosse articulation, un célèbre médecin de Lyon ayant conseillé l'usage interne de la teinture de colchique, il ne put la supporter, quoique préparée suivant le *Codex* et les *Formulaires*, à cause des violentes douleurs d'entrailles qu'il en éprouvait. C'est alors qu'il s'appliqua à modifier, à réformer cette préparation pour lui enlever ses principes drastiques, et qu'après plusieurs tentatives il parvint à pouvoir en prendre sans inconvénients une cuillerée à café le matin à jeun pendant trois mois, avec des intervalles de repos, de manière à obtenir une guérison complète.

En se répétant dans d'autres cas nombreux, tant en ville que dans les hôpitaux, ce résultat constitue une supériorité réelle de cette préparation particulière. Tous les médecins savent combien cette plante, dont l'usage médical remonte à la plus haute antiquité, est infidèle dans son action et varie dans ses effets non-seulement suivant les idiosyncrasies individuelles, certaines susceptibilités gastro-intestinales, mais encore selon

les pays, les lieux où elle est recueillie, l'époque de sa récolte, les parties qui en sont employées, et surtout son mode de préparation, sa forme pharmacologique. La teinture alcoolique préparée avec les bulbes sèches du colchique récolté en automne est aujourd'hui reconnue généralement comme la meilleure, et cependant il est rare que cette préparation, sortant de deux officines différentes, ait une action identique. A la même dose et chez le même malade, l'une sera purgative, l'autre inerte; la première sera diurétique, la seconde ne produira que des coliques, des douleurs d'estomac, etc., etc. Il est ainsi impossible de compter d'avance sur l'effet thérapeutique de cette préparation.

De ces contradictions apparentes sont nées les nombreuses vicissitudes de ce remède dans le cours des siècles. Loué comme un antidote, un spécifique par les uns, il a été rejeté par d'autres comme inerte, malfaisant, chacun le jugeant suivant les effets divers qu'il en observait. Préconisé d'abord comme le remède souverain des hydropisies, en raison de ses effets diurétiques, il ne pouvait soutenir sa réputation avec la connaissance exacte des causes variées et très-différentes de ces maladies. Celle qui procède d'une altération du cœur, d'une dégénérescence du foie ne peut guérir avec le colchique comme l'ascite essentielle, par exemple. Et si à cette cause de divergences on ajoute l'effet diurétique du colchique, ici drastique, là irritant et même toxique, selon son mode de préparation et d'emploi, la disposition différente des voies digestives des individus, on aura la raison des profondes dissidences qu'il a soulevées et de l'abandon, du discrédit dans lequel il est tombé pendant longtemps.

C'est seulement au commencement de ce siècle que, revenant d'injustes préventions, les médecins ont de nouveau repris l'emploi interne du colchique contre le rhumatisme et la goutte. Ici, du moins, la maladie est une, et il était rationnel *à priori*, de chercher à lui opposer un spécifique. Après l'expérience de plus d'un demi-siècle, les médecins ont, d'un commun accord, reconnu cette propriété au colchique. Ils n'ont varié que sur le dosage, en raison même de la différence de composition de la teinture et des effets obtenus. Suivant les uns, 30 gouttes par jour en deux ou trois doses suffisent au début, en augmentant graduellement de 5 en 5 gouttes; pour d'autres, 4 à 5 grammes sont nécessaires deux à trois fois par jour, et il est reconnu par ceux qui se sont occupés spécialement de ce remède, qu'il

est bien plus efficace à cette dose. Mais alors surgit la difficulté de la tolérance. La teinture officinale ne peut être supportée à cette haute dose, sans que, dans la plupart des cas, il n'en résulte bientôt des troubles, des dérangements d'entrailles comme crampes d'estomac, coliques, douleurs, évacuations fréquentes, glaireuses, qui obligent d'en suspendre, sinon d'en cesser l'usage.

On comprend dès lors qu'en enlevant à cette préparation le principe drastique, cause de tous les accidents qui en résultent et qui s'oppose seul à son usage prolongé à haute dose, M. Cocheux ait rendu un véritable service à la thérapeutique. Toute son action curative peut ainsi être obtenue sans inconvénient. De plus, la plante récoltée dans les mêmes lieux, à la même époque, dans des conditions identiques, et traitée par un mode spécial, uniforme, dans des conditions toujours les mêmes, donne à ce produit, obtenu en grande quantité, des garanties de stabilité et d'identité qu'il ne saurait avoir autrement. Tel est l'avantage de tous les produits pharmaceutiques spéciaux, préparés en grand comme les alcaloïdes, les extraits, les poudres, reconnu par la pharmacie, et qu'elle tend de plus en plus à consacrer en raison de leur unité d'aspect, de composition, d'action et de bon marché. De là aussi la préférence à accorder au *Colchique de Cocheux.*

Par son innocuité, cette teinture se prend par cuillerées à café le matin à jeun dans une tasse chaude de thé, de tilleul ou d'oranger agréablement sucrée. Elle convient surtout ainsi dans le rhumatisme goutteux ou chronique, les douleurs articulaires avec ou sans fièvre, dans l'ascite et tous les épanchements essentiels, l'asthme humide coïncidant avec l'œdème pulmonaire ou un épanchement pleurétique. On continue ainsi douze à quinze jours sans autre effet sensible que une à deux selles, et des urines sédimenteuses rougeâtres, briquetées. Il est même bon le huitième jour d'en prendre une grande cuillerée pour à revenir une cuillerée à café les jours suivants. Dès le quinzième, on en suspend l'usage autant de temps qu'on s'y est soumis pour le reprendre ensuite alternativement jusqu'à parfaite guérison.

Dans le cas d'accès aigus de goutte et d'asthme, 2 à 3 cuillerées à soupe le matin ont suffi pour les enrayer, sinon les arrêter complétement. On ne saurait donc recourir trop tôt à cette préparation spéciale reconnue aujourd'hui comme le meil-

leur et le plus sûr remède de la goutte et du rhumatisme chronique.

COLIQUES. Colique de plomb. Des diverses manières dont se produit l'intoxication saturnine, il n'en est peut-être pas de plus inattendue, quoique naturelle, que celle observée par le docteur Bronvin (de Sion) : c'est la présence de 3 grains de plomb de chasse n° 5 dans une plaie par arme à feu de l'avant-bras, chez un enfant de treize ans. Faite le 23 septembre, cette plaie, peu étendue, était complétement cicatrisée sept semaines après, malgré la présence des trois grains de plomb que l'on sentait distinctement, lorsque, le 19 novembre, l'enfant éprouva des coliques assez vives, et, le 21, M. Bronvin constatait une colique de plomb parfaitement caractérisée par le liséré bleu des gencives, la constipation depuis six jours, et des douleurs très-vives autour de l'ombilic. Les informations les plus minutieuses, pour découvrir les causes de ce fait, restent sans résultat autre que l'absorption du plomb dans la plaie. — L'absorption du plomb métallique dans nos tissus serait-elle possible? — J'ai vainement cherché des faits analogues à celui-ci dans les auteurs, et cette raison m'a engagé à le publier, dit l'auteur.

La limonade nitrique et l'eau de Sedlitz modèrent peu les coliques, qui reviennent avec une nouvelle intensité quatre jours après.

Le 28 novembre, 2 grains de plomb sont extraits. Limonade nitrique, lavements avec séné et sulfate de magnésie tous les quatre jours.

12 décembre. La colique de plomb persiste moins intense ; le liséré bleu des gencives est moins prononcé Par contre, il y a un amaigrissement considérable du malade, perte d'appétit, petitesse et grande fréquence du pouls (130), facies terreux ; en un mot, la cachexie saturnine est portée à son plus haut degré. Potion avec 4,00 d'extrait de quinquina et 0,15 d'opium; une cuillerée toutes les trois heures. Tous les deux jours, lavement au séné.

20 décembre. La constipation est toujours opiniâtre, les coliques moins fortes, mais le pouls toujours fréquent et petit, à 135 ; appétit nul, amaigrissement ; potion avec extrait thébain 0,10, extrait de noix vomique 0,05. Tous les deux jours, lavement avec 60 grammes d'huile de ricin.

22. Les coliques sont moins vives, le liséré bleu des gencives a aussi diminué, mais la cachexie saturnine continue; le pouls est à 140 et l'amaigrissement très-prononcé. Dans une consultation avec M. le docteur Pitteloud, on décide de donner une infusion de digitale et 0,10 d'extrait d'opium. Vésicatoire à l'épigastre saupoudré de chlorhydrate de morphine; lavement de séné. Ce traitement est continué jusqu'au 30 décembre. Le pouls est tombé à 132, les coliques ont beaucoup diminué, et les selles sont devenues régulières par le petit-lait en boisson; facies plus blanc.

℞ Poudre de digitale.................	0,80	centigr.
Extrait de jusquiame...............	1,60	—
Sucre..........................	12,00	—

Faites trente-deux paquets, quatre par jour.

Depuis lors l'amélioration a continué, et, deux mois après, le malade était complétement guéri. Il se porte bien aujourd'hui, sauf que l'extension des doigts medius et annulaire ne peut se faire complétement. (*Abeille médicale.*)

Après la relation de ce fait, les accidents consécutifs ne sont plus aussi surprenants; l'absorption et l'intoxication du plomb ont dû être singulièrement favorisées par la léthalité du blessé, sa faiblesse, sa maigreur et l'état fébrile qui s'en est suivi. Rien ne dit d'ailleurs qu'il n'y eût pas un plus grand nombre de grains de plomb dans la plaie. En montrant la puissance et le danger de l'absorption de ces corps étrangers dans certaines conditions morbides, ce fait indique la nécessité de les extraire.

Prophylaxie. L'iodure de potassium amenant l'élimination du plomb, un jeune interne propose de soumettre à son usage les individus exposés par leurs travaux, leur profession, à l'intoxication saturnine pour en prévenir les accidents. Voy. Iodure de potassium.

Traitement. *Froid intus et extra.* Considérant l'intoxication saturnine comme une névrose de la sensibilité et de la motilité, M. le professeur Monneret a remplacé le traitement des évacuants par le suivant :

Limonade froide à la glace avec ou sans vin; lavements d'eau froide trois fois par jour, devant être gardés ; douches en jet ou en pluie d'une minute deux à trois fois par jour, et, dans

les intervalles et la nuit, cataplasmes froids sur le ventre, faits en interposant des morceaux de glace entre deux couches de farine de lin sèche, placée sur un linge dont on replie les bords, de manière à emprisonner le tout. Ces cataplasmes se conservent froids plusieurs heures consécutives par la fonte lente de la glace, sans les inconvénients des vessies de glace. Enfin, on aide la guérison par les toniques, le vin de quinquina, les ferrugineux, etc.

Appliqué dans plus de 40 cas de coliques saturnines, ce traitement a amené une amélioration en deux ou trois jours, et, après six à sept, une guérison complète. Sauf deux exceptions, tous les accidents sont disparus comme par enchantement, sans que la constipation cesse. Ce n'est que le cinquième ou sixième jour que les selles reprennent leur cours.

Un traitement hydrothérapique, institué d'après ces données dans une des usines de Clichy comme moyen préventif, a aussi donné les meilleurs résultats. Dès que les ouvriers commencent à ressentir les premières atteintes de l'intoxication, ils y sont soumis; et, dans de nombreux exemples, les accidents ont été arrêtés et prévenus. C'est donc là une nouvelle et bien simple méthode de traitement, qui n'a de supérieur que celui par le soufre. (*Gaz. des hôp.*, n° 43.) — Voy. *Année* 1865.

Soufre. Insistant sur le traitement par le soufre récemment mis à l'ordre du jour par M. Guibout, M. Lediberder, qui le rapporte au docteur Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, le formule ainsi :

On commence par 50 grammes du mélange à prendre en trois fois dans partie égale de miel. La diarrhée arrive très-rapidement : le second jour ordinairement. On diminue alors la dose progressivement jusqu'à cessation complète des accidents. Suivant l'auteur, en donnant ainsi d'emblée 50 grammes du médicament, on obtient une amélioration plus rapide. La durée du traitement a été de neuf à treize jours dans quatre cas qu'il rapporte, et constamment la diarrhée est survenue au bout de deux jours ; ce retour des selles s'accompagne d'une amélioration considérable et brusque qui va croissant rapidement et ne tarde pas à emporter complétement les douleurs abdominales. Dans l'observation II, les coliques ont persisté davantage, sans doute parce que l'intoxication était plus ancienne et plus profonde.

Ce traitement provoque les selles aussi sûrement que les drastiques les plus énergiques, et cela à bien moins de frais et sans faire souffrir les malades. Il est d'une application aussi facile que possible et permet au malade de se lever dès que les coliques ne sont plus trop fortes. Enfin, il est toléré et ne présente aucun danger.

D'ailleurs chaque méthode a ses avantages. L'application du froid enlevant immédiatement les douleurs, dans les cas où elles sont très-fortes, on devrait joindre à cette méthode les cataplasmes froids et les boissons froides tels que les conseille M. Monneret. Sans doute le malade, délivré de ses souffrances, attendra patiemment le retour des garde-robes. Mais il y a pourtant un grand intérêt à les provoquer dans le plus bref délai possible, lorsqu'on observe que leur réapparition s'accompagne d'un amendement de tous les symptômes et surtout du retour de l'appétit.

Une épidémie de colique saturnine ayant éclaté au Havre, par suite de l'ingestion de cidres falsifiés, M. le docteur Margueritte a voulu vérifier l'effet de la mixture soufrée au miel, et l'a administrée ainsi en six semaines à plus de trente malades dont il rapporte les exemples les plus saillants. Cette expérience lui a permis de conclure que ce médicament peut, à lui seul, faire disparaître les accidents, à condition d'être pris à dose élevée, surtout au début. Voici la méthode employée par lui :

1° Mixture soufrée, 100 grammes, à prendre d'heure en heure, par cuillerées à soupe délayées chacune dans une tasse à thé d'eau et de lait.

2° Le soir, lavement avec un demi-litre d'eau de son et quatre cuillerées de miel rouge :

3° Onctions sur l'abdomen avec l'huile de jusquiame, puis cataplasmes de farine de lin ;

4° Infusion amère, bouillon.

Cette prescription sera renouvelée le lendemain et le surlendemain, et peut-être encore, selon l'effet obtenu, le quatrième jour ; et, à partir de ce moment, chaque jour on diminue la dose de mixture de 20 grammes ; puis, lorsque le malade ne prend plus que 20 grammes de mixture par jour, on continue cette dose pendant quinze jours ou trois semaines, en suspendant de temps en temps, si la diarrhée devient par trop copieuse. En

même temps, on lui fait prendre une douzaine de bains sulfureux : et, s'il est anémique, on le soumet ensuite à l'hydrothérapie. Il est bien entendu que la cessation des douleurs a fait enlever les onctions calmantes et les cataplasmes ; que l'apparition de la diarrhée a fait suspendre les lavements, et que le retour de l'appétit a été le signal d'une alimentation réparatrice. Ainsi modifié, ce traitement est aussi efficace que celui de la Charité. (*Bull. de thér.*, octobre.)

COMMOTION CÉRÉBRALE. Son siége, selon M. le professeur Laugier, est dans les hémisphères cérébraux, et probablement dans leur substance grise. Pour le déterminer, il recherche successivement les fonctions dépendant de l'encéphale ; celles qui persistent et celles qui font défaut d'après les données de la physiologie expérimentale et les faits pathologiques. Puis, analysant pour chaque partie les phénomènes fonctionnels morbides ou normaux qui se manifestent dans la commotion, il montre :

1° Que la respiration s'opère avec calme, ce qui prouve l'intégrité du bulbe rachidien ;

2° Que les mouvements réflexes provoqués par des excitations externes peuvent se produire sur les membres ; ce qui permet de dire que la protubérance annulaire n'est pas intéressée ;

3° Qu'en général, la pupille est mobile et se contracte en face d'une vive lumière, preuve de l'état normal des tubercules quadrijumeaux ;

4° Que l'intelligence et les volitions ont disparu ; la sensibilité de conscience fait complétement défaut, ce qui autorise à croire, par induction, que les hémisphères cérébraux, siége de ces facultés, sont lésés, et, par conséquent, à peu près le siége exclusif de l'ébranlement de la commotion cérébrale.

Quant à la cause de cet effet, à sa prédisposition spéciale, M. Laugier en trouve une raison plausible dans la consistance moindre de la substance grise des hémisphères que de la protubérance, et son siége à la surface du cerveau, tandis que les noyaux de celle de la protubérance se trouvent au centre. Il est donc inexact de dire que la commotion occupe tout l'encéphale, puisque la surface externe en paraît le siége dans la majorité des cas, et que le centre en serait exempt, sinon dans le cas de mort immédiate. (*Acad. des sc.*, mai.)

Ammoniaque. Avant d'en venir à la calotte vésicante, moyen extrême vanté par M. Velpeau, M. Jarjavay a eu recours à un moyen beaucoup moins redoutable chez un jardinier de quarante ans environ, qui avait reçu de violents coups de poing sur la tête et au visage, apporté à l'hôpital dans un état complet de commotion : abolition des facultés de l'entendement sans paralysie, respiration à peine sensible, pouls petit et d'une extrême lenteur. La déglutition étant possible, on lui fit prendre par cuillerée la potion suivante :

℞ Julep du Codex....................	150 grammes.
Ammoniaque liquide.................	12 gouttes.

En même temps deux vésicatoires ont été appliqués aux mollets. C'était le 26 juillet. Le 30 et le 31, même traitement. Il pouvait, dès, le 30, répondre aux questions qu'on lui faisait, mais ses réponses étaient brèves et le moindre attouchement provoquait chez lui un jeu de physionomie qui veulait dire : *laissez-moi tranquille.* Ce signe significatif doit être considéré comme le trait caractéristique de la commotion. Une fois l'entendement revenu et la circulation rétablie, de la glace a été appliquée sur la tête pour prévenir les effets de la contusion moléculaire de la substance cérébrale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

On ne saurait juger de l'efficacité comparative de ces deux moyens, sans comparer le degré de commotion des cas où ils sont appliqués. L'ammoniaque doit être insuffisant où le vésicatoire convient et *vice versâ.* L'intensité de la commotion doit donc en être la seule indication.

COMPRESSION. Compression indirecte et préventive. Préconisée par M. Milliot, médecin militaire russe, dans tous les cas de traumatisme, comme moyen de modérer l'inflammation par l'arrêt de la circulation dans l'artère afférente principale, elle a été appliquée aussitôt à la clinique de M. Nélaton, sur un ouvrier robuste de la Monnaie, dont le médius gauche avait été écrasé par un balancier. La première phalange était fracturée avec plaie contuse des téguments, dénudation des tendons et inflammation profonde des parties voisines gagnant le dos et la paume de la main. Un débridement du dos de la main pour l'issue du pus n'ayant pas arrêté les accidents, la désarticulation du médius fut pratiquée et le compresseur immédiatement

appliqué sur l'artère humérale et laissé en place nuit et jour six jours durant. Le septième jour, la plaie était guérie par première intention. (*Gaz. des hôp.*, n. 29.)

Porter ce simple fait à l'avoir de cette méthode, malgré la rationalité de son emploi, comme nous l'avons dit précédemment (Voy. ARTHRITE) ce serait prématuré ; ce n'est que par des faits répétés et comparés avec les autres que l'on pourra juger de la valeur réelle de celle-ci.

Compression digitale. Conduit par les beaux succès qu'il en a obtenus dans l'anévrysme, M. le professeur Vanzetti l'applique au phlegmon diffus des membres, aux arthrites traumatiques (V. *ce mot*), à la pustule charbonneuse et à l'éléphantiasis, dont il rapporte des succès remarquables. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Nouveau procédé. Il consiste d'après M. Sarrazin, son auteur, à envelopper le membre d'un bandage inamovible, auquel une fois appliqué on pratique des fenêtres vis-à-vis des points où doit porter la compression. Elle est faite avec des pelotes en liége dont le volume correspond exactement à la grandeur des fenêtres. On peut alors, suivant l'auteur, abandonner à n'importe qui le soin de la faire, certain qu'elle sera bien faite. (*Soc. de chir.*, novembre.) Et le degré de pression, qui en jugera pour l'exercer comme il convient?

CONCOURS. En réclamant le rétablissement du concours pour le recrutement des professeurs dans les Facultés de médecine comme moyen de maintenir l'enseignement dans les voies progressives et efficaces, M. A. Latour propose de lui faire subir des modifications dans les trois éléments qui le composent afin de le rendre plus sérieux et concluant.

Candidats. L'expérience ayant montré les inconvénients, les abus même qu'il y a à admettre à concourir tout docteur en médecine sans preuve antécédente de son aptitude à l'enseignement pour une chaire de professeur, — ne serait-ce que de prolonger inutilement les épreuves et d'exposer la dignité doctorale en montrant son insuffisance, — M. Latour est d'avis de n'y admettre : 1° que les professeurs voulant changer de chaire, la permutation étant interdite dans son système, si ce n'est pour

les chaires de même nom et dans la même Faculté ; 2° les agrégés des Facultés de médecine ; 3° les médecins qui dans un enseignement libre datant de trois ans au moins et sur des matières afférentes à la chaire mise en compétition auraient ainsi donné des preuves de leur savoir et de leur aptitude à l'enseignement. A moins d'une épreuve éliminatoire, il n'y a en effet que risques sans profit à admettre le premier docteur venu. On ne naît pas, on ne s'improvise pas professeur et il ne suffit pas de savoir soi-même pour l'apprendre aux autres.

Jury. Composition mixte afin que les compétiteurs et le public y trouvent des conditions d'indépendance et d'impartialité, moitié professeurs de la Faculté, et moitié de membres de l'Académie ou de la Société de médecine locale en remplissant les attributions, ceux-ci élus par tous leurs collègues.

Epreuves. Afin qu'elles ne soient pas une affaire de mémoire et d'assurance où le plus agile, sinon le plus téméraire, a plus de chances de remporter la victoire que le plus savant, le plus méritant comme avec les épreuves ordinaires, M. Latour est d'avis de n'imposer que des preuves publiques de savoir et d'aptitude à l'enseignement : 1° l'exposition de travaux, de publications, de découvertes et de tous les titres scientifiques du candidat faite par lui-même, leur appréciation, leur influence; 2° deux leçons orales sur un sujet choisi par le concurrent, pourvu qu'il soit afférent à la chaire mise au concours ; 3° une dissertation écrite et imprimée sur un sujet également choisi par le concurrent et afférent aussi à la chaire en litige. Il n'y aurait ainsi rien d'improvisé, car un professeur ne devrait jamais improviser ses leçons. (*Union méd.*, n° 149, 1866.)

Mais à ces réformes proposées, M. Diday, apôtre zélé du concours, met son *veto*. Le choix du jury lui semble seul acceptable. Mais il veut laisser la lice ouverte à tout venant et la liberté sans entraves, comptant bien que les incapables s'élimineront d'eux-mêmes après une première épreuve. C'est ne pas compter avec l'orgueil, la suffisance des hommes et ne pas se rappeler des concours de 1840 à 1845, qui en ont fourni plus d'un exemple célèbre. Les concours actuels pour les hôpitaux mettent d'ailleurs cette vérité hors de doute malgré l'élimination préliminaire.

De même du choix des questions à traiter par le candidat, en

supprimant celles tirées au sort qui sont la seule garantie de son savoir. Autrement il n'en est pas un qui ne fût capable de faire une leçon, une exposition ou une thèse d'un sujet choisi. M. Diday oublie sans doute que ce doit être sur l'objet spécial de l'enseignement de la chaire mise au concours. D'ailleurs nous adopterions nous-même un moyen terme, et s'il est bon et juste de laisser à certains hommes, génies ou non, tous leurs moyens en les laissant libres de traiter un sujet à leur choix pour mieux connaître leur valeur, leur mérite, leurs facultés spéciales, il convient aussi pour le jury d'avoir la mesure de leur capacité sur d'autres sujets. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 1.)

Adversaire du concours auquel il voudrait voir l'enseignement libre préféré, comme pouvant seul mettre en lumière, en évidence les personnalités originales, exceptionnelles, M. J. Guérin voit dans cette nouvelle forme de concours des éléments d'appréciation et de justice qui pourraient concilier les deu systèmes. Le concours est dégagé ainsi de ce qu'il avait d'entraves mesquines et répulsives pour rendre aux concurrents tous leurs mouvements et leur laisser toute leur originalité et leur spontanéité : c'est un progrès (*Gaz. méd.*, n° 51, 1866). Cette adhésion est trop flatteuse pour ne pas l'enregistrer.

Avec la plupart des publicistes, M. le docteur Caffe adopte le concours comme le meilleur moyen de connaître et de choisir les plus capables professeurs ; mais il étend considérablement celui-ci. Le jury doit se composer ainsi de 25 membres pris par tiers dans les Académies des sciences et de médecine, dans le corps des professeurs et parmi les praticiens libres ; jury élu par le choix exclusif de ses pairs.

Epreuves verbales variées et multipliées, épreuve imprimée au choix du candidat. 25 000 francs de traitement pour les élus afin de pouvoir se livrer exclusivement à la science en s'interdisant la pratique, la clientèle. Retraite obligatoire à soixante-cinq ans.— Voy. Enseignement. (*Journ. des conn. méd.*, n° 1.)

Concours des hôpitaux. Telles qu'elles sont instituées, les épreuves n'en paraissent pas à M. le professeur Lasègue répondre au but que l'on se propose. Si l'épreuve clinique, en montrant que le candidat a l'habitude du malade, donne à l'administration hospitalière la garantie qu'elle est en droit d'exiger les dix minutes accordées ne sont pas toujours suffisantes, car

bien des conditions indépendantes du médecin peuvent exiger plus de temps pour la sûreté du diagnostic. Au contraire, l'épreuve écrite qui suit ne lui paraît avoir aucune raison d'être ni dans les conditions précipitées où elle est rédigée, ni autrement. Le médecin d'hôpital n'a pas de consultation à faire, encore moins à traiter de théorie. Une leçon clinique lui semble bien préférable, car c'est surtout à parler, à s'entretenir avec les élèves au lit du malade dans des causeries intimes et plus ou moins familières que consiste son rôle. Ce fut un progrès immense quand la justice substitua les débats oraux aux plaidoiries libellées sous forme de mémoires ; ce sera un signalé progrès quand on remplacera dans ce concours la dissertation par une leçon. (*Arch. de méd.*, avril.)

CONGESTION. Simple ou inflammatoire, M. le docteur Brébant nie qu'elle résulte de la paralysie des filets sympathiques de la partie congestionnée, comme on l'admet généralement depuis que l'on a vu la section de ces filets être suivie de vascularisation avec excès de chaleur.

Qu'il y ait paralysie, cela n'est pas douteux ; qu'il s'ensuive le relâchement avec distension des capillaires animés par ces filets coupés est tout simple ; qu'il y ait stase sanguine consécutive, c'est encore logique et rigoureux ; mais de là à une congestion active, amenée par la paralysie, il n'y a pas d'analogie. Singulière paralysie qui se produit et se guérit instantanément, dit-il, dans les congestions superficielles de la face déterminées par les émotions les plus fugaces de la pudeur et de l'amour. Il n'y a pas paralysie des extenseurs dans l'action prédominante des fléchisseurs pas plus que dans la diastole ventriculaire (ni la diastole artérielle, mais un antagonisme avec prédominance alternative. Et il choisit comme exemples cet antagonisme du ventricule avec l'oreillette et des artères pour l'expliquer par des raisons anatomico-physiologiques un peu subtiles et difficiles à saisir.

Quoi qu'il en soit, il conclut que les congestions des fonctions physiologiques ou pathologiques ont un même mécanisme de production, c'est-à-dire deux compartiments antagonistes gouvernés par des influences nerveuses indépendantes. Les deux voies différentes de la circulation capillaire, l'une longue et l'autre courte, décrites par Cl. Bernard, rendent parfaitement compte de ce phénomène. Et imaginant deux sortes

de sphincters antagonistes de ces capillaires, l'un direct fermant par sa contraction le passage dérivé à travers les capillaires non contractiles, l'autre indirect fermant le passage d'inosculation des artères aux veines, il justifie cette hypothèse par le rapport de la corde du tympan pour les glandes sous-maxillaires (*Union méd.*, n° 15). Mais ce ne sont là que des interprétations et des analogies ingénieuses et abstraites qui ne peuvent entraîner la conviction ni contredire des faits positifs.

Congestion pulmonaire. Dans le cas de diagnostic incertain entre une tuberculose commençante et une congestion simple, M. Bouchut conseille de recourir au traitement suivant avant de se prononcer. Son résultat est un criterium certain, car il guérit toujours dans la congestion pulmonaire chronique et ne peut que rendre les meilleurs services dans la tuberculose commençante.

Par cela même que la congestion pulmonaire chronique est une maladie de nature asthénique assez souvent liée à la scrofule, il faudra avoir recours aux toniques et aux stimulants. Ainsi et avant tout, l'*huile de foie de morue*, seule ou associée au sirop de quinquina, produit les meilleurs résultats.

Le *vin de quinquina*, 20 à 50 grammes, 2 fois par jour.

Le *sirop d'arséniate de soude* (10 centigr. de ce sel, pour 300 grammes de sirop) à la dose de deux cuillerées par jour qui réveille l'appétit, facilite les digestions et donne à toutes les fonctions une activité nouvelle.

Les *révulsifs cutanés* et surtout les frictions à la *teinture d'iode*, pratiquées un jour sur la partie antérieure de la poitrine et l'autre jour en arrière, afin d'éviter l'irritation trop vive de la peau.

Les frictions réitérées matin et soir avec de l'*huile de croton-tiglium* (10 gouttes chaque fois).

On peut aussi employer des *vésicatoires volants*.

Mais si l'on est dans la bonne saison, et si la position sociale des malades le permet, tous ces moyens thérapeutiques doivent céder le pas au *séjour à la campagne*; *le grand air* qu'on y respire stimule les mouvements respiratoires des muscles thoraciques, et cette agitation peut déplacer de petits amas de mucus et faire pénétrer l'air dans des vésicules du poumon depuis longtemps imperméables.

La vie au bord de la mer, les voyages aidés ou non de l'action des eaux minérales.

Les meilleures eaux à conseiller sont, pour les scrofuleux, les Eaux-Bonnes, les eaux d'Enghien et celles de Saint-Honoré; pour les rhumatisants, celles d'Ems et de Vichy, et enfin les eaux salines et légèrement arsénicales du Mont-Dore. (*Presse méd. belge*, n° 18.)

Congestion cérébrale. Les hallucinations chez les aliénés en sont, suivant M. Lisle, le signe le plus caractéristique et l'acide arsénieux le remède le plus efficace. — Voy. HALLUCINATIONS.

CONGRÈS. Mieux que tous les précédents, le Congrès médical international devait réussir et avoir des conséquences considérables sur l'avenir de la science et de la profession. Institué à propos de l'Exposition internationale qui appelait à Paris des médecins du monde entier, il offrait une occasion favorable et qui ne se retrouvera peut-être jamais de soumettre à leur discussion et d'élucider toutes les grandes questions professionnelles d'enseignement et d'exercice, afin d'obtenir au moins une vue d'ensemble sur la liberté ou les restrictions à y apporter. Les grandes questions de doctrine plutôt que de pratique devaient y être traitées et discutées surtout, car c'est par la discussion et non par des lectures qu'elles s'éclairent. Obliger à parler, c'est forcer ceux qui veulent le faire à réfléchir profondément sur le sujet en question à moins de s'exposer à un échec public. Il est trop facile d'écrire dans le silence du cabinet de longues dissertations creuses et sonores pour forcer un auditoire compétent à les entendre et les écouter. Un temps très-court de dix à quinze minutes de lecture devrait être fixé pour forcer ceux-là qui se complaisent dans des expositions prolixes, diffuses, à les condenser en quelques lignes. Plus précises et plus compréhensibles, elles prêtent davantage à la contradiction, à la discussion, d'où jaillit toujours la lumière dans une grande assemblée quand ensuite — comme cela pouvait et devait se faire — ces discussions sont résumées lucidement par le secrétaire général.

L'adoption de mesures hygiéniques et sanitaires pour l'extinction de la syphilis dans les différents pays peut ainsi être espérée, attendue prochainement. — Voy. SYPHILIS.

Cet exemple suffit à montrer tout ce qui aurait pu être tenté et accompli par une meilleure entente et une organisation plus complète de cette imposante assemblée internationale de médecins. Une direction puissante, vigoureuse eût été indispensable avec le dévouement entier, l'activité et le mérite dont un secrétaire général comme M. Jaccoud peut être digne. Mais il fallait se donner à cette œuvre sans réserve. En attendant tout du temps, de la presse et des efforts de chacun sans les concentrer ni les diriger, il s'est montré au-dessous de sa tâche. Toutefois si ce premier congrès international n'a pas produit tous les résultats que mieux organisé on devait en attendre dans les circonstances exceptionnellement favorables où il a eu lieu, il servira du moins d'enseignement à ceux qui suivront. Celui qui doit avoir lieu en Italie en 1869 — sans préjudice bien entendu du congrès annuel que Strasbourg doit enfin réaliser en 1868, profitera, espérons-le, de ces enseignements. Par la liberté constitutionnelle dont jouit ce pays, les questions professionnelles pourront y être discutées avec ampleur et sécurité. Le tout est d'éviter les longues lectures et les discours ampoulés dont la race latine surtout au Sud se montre si prodigue. Là est le danger principal.

Malheureusement rien de tout cela n'a été observé au congrès de 1867. Les sujets professionnels en ont été rigoureusement exclus, comme si pour les médecins ce n'était pas un droit naturel de s'occuper des détails de leur profession dans les différents pays. De longs mémoires ont été lus ou présentés, dont quelques points nouveaux, perdus au milieu de détails superflus, ne pouvaient offrir de prise à la critique. La lecture a occupé ainsi la plus grande partie du temps que la discussion orale aurait dû remplir pour l'avantage et le profit de tous les auditeurs.

On ne saurait douter de l'intérêt général qu'avait éveillé partout cette grande réunion de médecins de tous les pays. L'affluence des premières séances a montré que 12 à 1500 assistants, peut-être 2000, étaient disposés à y prendre part si la forme des débats l'eût permis. Et le succès eût encore été bien plus grand par une invitation directe à toutes les Sociétés médicales, les corps académiques et universitaires de l'étranger. Si au lieu de laisser chaque membre adhérent isolé en dehors des séances, la commission organisatrice eût pris soin de les réunir préalablement dans un cercle, un club pour se voir, se

connaître, s'entendre et se concerter sur les points en discussion, les résolutions adoptées eussent été prises inévitablement en considération par les divers gouvernements, appuyées surtout de l'influence de leurs mandataires officiels.

CONJONCTIVITE. Conjonctivite phlycténulaire. *Onguent brun.* Souvent liée à la diathèse scrofuleuse, cette affection se montre très-rebelle aux topiques locaux si l'action n'en est aidée par un traitement interne approprié. Le docteur Williams de Cincinnati dit pourtant avoir obtenu les meilleurs effets de l'onguent citrin brun qu'il emploie également contre la kératite phlycténulaire et la blépharite (voy. BLÉPHARITE). On l'applique au moment de se coucher avec un stylet ou une aiguille à tricoter sur la partie malade en fermant ensuite légèrement la paupière inférieure de bas en haut pour l'étendre. Les complications comme la photophobie se traitent séparément par les moyens usités. (*Ann. d'oculist.*, décembre 1866.)

Conjonctivite purulente blennorrhagique. Dans trois cas, M. le professeur Gosselin a employé avec succès deux ou trois fois par jour des injections dans l'œil avec un mélange de deux tiers d'alcool et un tiers d'eau. (*Gaz. des hôp.*, n° 5.)

CONVULSIONS. *Élévation de température.* Des observations cliniques et des expériences de MM. Charcot et Bouchard, il résulte que, dans le tétanos traumatique et rhumatismal, les accès épileptiques, la méningite cérébro-spinale, les crampes du choléra, une augmentation notable de température se produit par l'effet de la contraction musculaire. La preuve de la justesse de cette interprétation est dans les expériences de Leiden et de Tick qui, en déterminant des contractions musculaires toniques générales, en traversant la moelle spinale d'animaux bien portants, avec un courant interrompu, ont observé cette même élévation de température. De plus, la confirmation résulte des convulsions cloniques qui se produisent dans la chorée, la paralysie agitans sans élévation de température. (*Acad. des sc.*, 1866.)

Convulsions infantiles. *Chloroforme.* Une enfant de deux mois fut prise subitement de mouvements convulsifs sans aucun symptôme avant-coureur autre qu'une sueur abondante

au réveil. Secousses avec extension violente et alternative des membres, soubresauts de tout le corps, mouvements désordonnés, roulements des yeux, respiration suspirieuse entrecoupée, gémissements étouffés, tel fut l'effrayant spectacle observé pendant quarante-huit heures par M. Laborie, sans qu'aucun moyen ait pu y mettre fin.

Cette frêle organisation allait succomber, dit-il, lorsque j'essayai le chloroforme. Un flacon fut tenu dix minutes sous le nez. Malgré la violence des secousses, il s'effectua plusieurs inhalations parfois ininterrompues et, dès lors, tous les membres de l'enfant s'affaissèrent au grand étonnement de tous et un repos bien longtemps attendu succéda à ce désordre, sauf quelques rares et insignifiants soubresauts. (*Réforme méd.*, mai.)

Y a-t-il eu coïncidence avec la cessation des convulsions ou action réelle? Après les insuccès nombreux en pareil cas, la question est au moins justifiée. La cause différente des convulsions peut seule expliquer ces résultats contradictoires. Là en est le secret.

COQUELUCHE. Son pouvoir infectieux dépendrait, selon M. Poulet, des infusoires expirés par les malades. Par des expériences directes, il a constaté au microscope dans les vapeurs de l'air expiré le *Monas punctum* ou le *Bacterium termo*. (*Acad. des sc.*, août.)

Sous le titre de moyen préservatif, prophylactique, M. le docteur Davreux préconise la potion suivante :

℞ Eau gommée	200	grammes.
Extrait d'aconit napel	5	centigr.
Eau de laurier-cerise	4	grammes.
Sirop d'ipécacuanha	30	—

Mêlez.

Dès qu'un enfant exposé à la contagion offre des secousses de toux répétées avec fièvre, on lui administre une cuillerée à café d'heure en heure pour les enfants du premier âge, deux au-dessus de trois ans, et une cuillerée à bouche pour les adultes, en continuant huit à dix jours sans interruption.

L'expérience suivante prouve l'efficacité de cette préparation : 3 enfants, atteints de coqueluche, ayant été admis contre le règlement à la crèche Saint-Christophe à la fin de mars 1865,

14 enfants sur 25 offrirent la toux caractéristique avec abattement et fièvre. Des 11 autres, 6 avaient été atteints antérieurement. Soumis de suite à la potion précédente, tous étaient guéris à la fin d'avril, tandis que des 3 enfants, source de l'infection, l'un succomba à une pneumonie lobulaire et les 2 autres guérirent très-lentement. (*Soc. de méd. de Liége*, 1866.)

Si ces résultats, confirmés dans la pratique privée, démontrent l'utilité de recourir de bonne heure à cette potion, on ne saurait dire qu'elle est prophylactique. Il est toujours plus sûr de traiter une maladie au début qu'à sa période d'état, et l'on a ainsi toujours plus de chance de la guérir.

Bromure de potassium. Guidé par l'emploi du bromure d'ammonium fait en Angleterre, M. le docteur de Beaufort a administré ce sel comme anesthésique sur la muqueuse pharyngienne, et sur une vingtaine de malades dit-il, pris à différentes périodes de la maladie, il a vu disparaître, dans une moyenne de cinq jours, le spasme laryngien, et la maladie réduite au simple phénomène d'un catarrhe bronchique. Les malades n'étaient pas guéris, mais leur état avait changé d'aspect : plus d'anxiété ni de vomissements, augmentation de l'appétit, nutrition meilleure et augmentation des forces.

Contre le catarrhe bronchique, il a employé le mélange suivant :

℞ Sirop de baume de Tolu	20	grammes.
Bromure de potassium	30	centigr.
Alcoolature d'aconit	25	—

4 cuillerées à bouche par jour pour un adulte et pour les enfants suivant leur âge d'après la table de Gaubius. (*Bull. de thérap.*, n° 10.)

Sans pouvoir dire ce qui résultera de cette médication ni si les effets en seront préférables à toutes celles qui ont été successivement préconisées, il est à craindre que par le ton d'assurance *à priori* de l'auteur, et le défaut d'observations concluantes, elle ne soit tout aussi décevante et trompeuse, et qu'il n'en faille toujours revenir, selon les cas, à la médecine des symptômes.

Injections hypodermiques. Elles offrent une grande facilité de traitement chez les enfants, suivant M. Tourdes, alors sur-

tout que l'insensibilité de la peau est préalablement obtenue par l'anesthésie locale. Dans une épidémie qui s'est produite récemment à la clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Strasbourg, des injections de 1 à 3 milligrammes de chlorhydrate de morphine ont produit une diminution manifeste dans le nombre et l'intensité des quintes de toux. (*Soc. de méd. de Strasb.*, janvier.)

CORNÉE. Ulcère de la cornée. *Paracentèse.* Aucun moyen, dit le docteur Williams (de Cincinnati), après un emploi presque journalier de plusieurs années, n'en arrête plus sûrement les progrès. Il prévient la perforation et la destruction en surface du tissu cornéen en réduisant la tension. La douleur, même des plus intenses, s'évanouit en quelques minutes et l'ulcération commence bientôt son travail de réparation. L'action spéciale de l'atrophie et ses effets curatifs en bénéficient aussi. C'est ainsi que dans tous les cas de kératite avec ulcération, hypopion et vives souffrances, si celle-ci ne soulage pas promptement, il a recours à la paracentèse. Au besoin, il la renouvelle une ou deux fois par jour, si ce n'est plus, selon que l'excès de tension, la souffrance et l'aggravation de l'hypopion se reproduisent. Il l'a pratiquée ainsi deux fois par jour deux semaines durant chez une vieille dame.

Dans la kératite phlycténulaire, si commune chez les enfants, accompagnée d'ulcération et d'hypopion, une amélioration est aussi résultée dans beaucoup de cas de ces ponctions répétées si l'on y recourt assez tôt et avec les précautions voulues.

M. Williams emploie à cet effet une aiguille large, très-acérée, montée sur un manche pourvu d'un stylet à son autre extrémité. Celle de M. Desmarres est trop large et provoque plus de douleur.

Les paupières ouvertes et fixées, le globe oculaire maintenu en dedans par les doigts de l'opérateur, l'aiguille est introduite au côté externe de la cornée à une ligne environ de la circonférence et poussée bien parallèlement au plan de l'iris. La pointe ayant pénétré dans la chambre antérieure, on en déprime légèrement le manche vers la tempe en la retirant avec précaution et par un mouvement soudain afin de prévenir l'écoulement trop subit de l'humeur aqueuse que l'on facilite à son gré avec la pointe du stylet appuyant sur l'ouverture béante jusqu'à ce

que l'iris et la lentille soient en contact avec la cornée. La fin de l'évacuation est la plus douloureuse.

L'œil est fermé immédiatement et une légère compression exercée dessus. Aucun accident n'est jamais résulté de cette opération.

Taches ou opacités. *Sulfate de soude.* Fondé sur la propriété de ce sel, de dissoudre la fibrine, M. de Luca le préconise en solution et, mieux encore, en poudre très-fine. Par des expériences faites à l'hôpital des Incurables, il a vu des opacités totales ou partielles disparaître dans un temps plus ou moins prolongé. (*Acad. des sc.*)

En outre des observations favorables recueillies dans le service du professeur Gosselin, M. le docteur Durant cite à l'appui le fait d'un enfant de troupe de dix ans entré à l'hôpital militaire de Versailles le 15 mars pour une ophthalmie scrofuleuse avec ulcérations de la cornée, dont la cicatrisation donna lieu à des taches marquées des deux côtés. Des projections de sulfate de soude cristallisé furent faites matin et soir en laissant simplement tomber le sel sur la surface cornéenne. Aucune amélioration sensible n'en résulta les dix premiers jours, mais ensuite la cornée droite commença à reprendre sa transparence, et la zone de la cicatrice à gauche diminua chaque jour d'étendue et d'épaisseur. Les progrès ont été sensibles aussi du 4 juillet au 10 août, époque de la sortie du malade de l'hôpital. (*Gaz. des hôp.*, n° 111.)

C'est donc là un exemple à suivre pour l'emploi de ce sel qui n'a rien de douloureux dans son application.

Suivant M. le docteur Castorani, les plaies et les ulcères de la cornée guérissent sans tache sous l'action d'excitants qui aident à la reproduction de la cornée et modifient la sécrétion de la conjonctive Il suffit ainsi de transformer les taches en plaies ou en ulcères au moyen de l'opération ou avec le collyre d'iodure de potassium pour les guérir ensuite comme telles et les faire disparaître ainsi (*Acad. des sc.*, septembre). On ne peut en dire davantage de ce long mémoire avec observations sur les bons effets de l'iodure de potassium contre les taches de la cornée. (*Gaz. méd.*, n°s 40, 41 et 43.)

COUPEROSE. Les bons effets obtenus dans plusieurs formes de cette dermatose rebelle avec la pommade à l'iodure

de chlorure mercureux, mis surtout en évidence par les nombreuses applications qu'en fait le docteur Rochard, ont incité M. Devergie à atténuer les inconvénients de la poussée qui en résulte et qui peut être un empêchement à son emploi dans certaines conditions sociales. Lorsque celle-ci a été employée pendant un certain temps, on peut compléter la guérison avec la solution suivante, en en continuant l'usage plus longtemps qu'il n'eût fallu avec la pommade.

℞ Iodure de chlorure mercureux............	750 centigr.
Iodure de potassium....................	4 grammes.
Eau distillée..........................	4 —
Glycérine..............................	4 —

Triturez les deux iodures ensemble en ajoutant l'eau goutte à goutte. Passez à travers un filtre très-petit et très-simple ; ajoutez la glycérine.

Le mérite de cette préparation est de s'étendre facilement avec un pinceau sur les parties affectées de la figure sans se dessécher à l'air. Il suffit ensuite de passer une éponge humide pour l'enlever. On peut varier la dose du sel actif, suivant le degré du mal et les effets à obtenir, la réduire à 2 ou 3 grammes.

Mais un examen chimique de cette solution fait par deux pharmaciens chimistes compétents, MM. Stanislas Martin et Belin, a démontré que la totalité du sel de Boutigny n'est pas dissous d'après cette formule. La plus grande quantité en reste sur le filtre et l'on n'en a ainsi qu'une dose très-atténuée. Le principe actif est donc mieux déterminé dans la pommade et l'on est bien plus certain de son action en en variant la dose selon l'effet que l'on veut produire (*Abeille médic.*, n° 11.)

M. Sales-Girons propose d'employer une solution rendue liquide en douches pulvérisées, de même qu'il emploie les eaux sulfureuses de Pierrefonds. (*Revue médic.*, février.)

COXALGIE. Contractures musculaires. Provoqué par la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie en 1865 (voy. *Année* 1865) sur la motion de M. de Verneuil, qui, sous le nom de *coxalgie spasmodique*, comprenait ces cas de contracture musculaire hystérique qui simulent à s'y méprendre la véritable coxalgie, comme l'ont signalé plusieurs chirurgiens, M. Philippeaux (de Lyon), éclairé par cette mémorable discus-

sion, a résumé d'une manière claire et précise les caractères propres et différentiels de ces contractures dans les conclusions suivantes :

1° Elles débutent en général instantanément ; la douleur, la déviation ou la rigidité et le raccourcissement se montrent à la fois, tandis que, dans la coxalgie, il y a succession de ces phénomènes.

2° Elles s'observent de préférence chez les personnes d'un tempérament nerveux, d'une constitution débile, les hystériques, les chloro-anémiques, les enfants, les jeunes filles à l'époque de la puberté. Les coxalgies, suites d'inflammations de la hanche, se rencontrent presque toujours sur des sujets scrofuleux ou rhumatisants.

3° Les contractures musculaires peuvent dépendre d'une compression ou d'une irritation des enveloppes de la moelle, tandis que les coxalgies ne reconnaissent jamais pour cause une pareille lésion.

4° La marche des coxalgies véritables a une progression constante, tandis que les contractures arrivées à leur summum de développement restent stationnaires. Les coxalgies vraies peuvent se terminer par des suppurations, des luxations spontanées, des ankyloses et des altérations graves des os ; les coxalgies simulées, au contraire, ne produisent jamais que de simples difformités, qui peuvent disparaître subitement ou qui se perpétuent pendant un temps fort long, quand elles ne sont pas convenablement traitées.

5° Les contractures musculaires s'accompagnent d'une douleur tellement différente de celle de la coxalgie ordinaire, qu'on peut souvent, par l'étude de ce seul phénomène, différencier hardiment les deux maladies. Dans la coxalgie, la douleur existe surtout au niveau de la jointure : elle est sourde et profonde ; le malade en indique lui-même le lieu. On peut toucher la peau qui recouvre la hanche sans aggraver les souffrances du patient. Dans les contractions, au contraire, la douleur existe bien au niveau de la jointure ; mais elle se propage à toute la cuisse, le long des muscles contracturés, dans ceux même qui ne le sont pas ; elle s'irradie, parfois, jusqu'à la malléole. Elle est très-vive et se manifeste par accès pendant lesquels il est souvent impossible de faire supporter au malade la palpation ou le simple attouchement du membre.

Pendant les rémittences, la pression, loin d'exaspérer la

douleur, la modère et la calme d'autant mieux que la pression est plus énergique. Si, appuyant la main sur la plante du pied, on refoule la tête du fémur dans la cavité, tandis que l'on provoque la douleur à la hanche dans la coxalgie, il ne s'en manifeste aucune, ou l'on n'aggrave pas celle qui existe s'il s'agit d'une contracture. Enfin il en est de même si l'on fait marcher le malade; la douleur à la hanche est presque nulle, lorsqu'il pose le pied par terre; dans ce dernier cas, elle est au contraire plus ou moins vive si l'on a affaire à une coxalgie. Ce signe, d'ailleurs, n'existe qu'au début de la contracture musculaire; il ne reste plus que le spasme.

6° Dans les contractures musculaires, la peau entourant la face antérieure de la hanche offre une rougeur à teinte rose, qui peut s'étendre même à la cuisse et quelquefois à la jambe et au tronc; tandis que lorsque cette rougeur existe dans les cas de coxalgie, elle est toujours sombre, plus foncée au centre qu'à la circonférence, et ne présente pas ce caractère d'expansion propre à la contracture.

7° La chaleur est limitée dans la coxalgie et diffuse dans la contracture musculaire; constante dans les coxalgies articulaires aiguës, elle est quelquefois remplacée, dans les cas de contractures, par une sensation de froid; souvent même le malade se plaint d'une chaleur excessive, tandis que la température de sa peau est à peine sensible au thermomètre.

8° Dans les coxalgies, on constate un gonflement très-visible des tissus qui entourent l'articulation. Limité, au début de la maladie, il ne s'étend point, en général, à la jambe. On sent, à la palpation, qu'il est dû à une tuméfaction des parties profondes; les téguments cèdent sous le doigt et en gardent l'empreinte. — Dans les contractures, la tuméfaction semble occuper toute la cuisse; les tissus sous-cutanés ne cèdent plus; on a la sensation, au toucher, d'un corps dur, de muscles rétractés qui résistent.

9° Dans les cas de contractures, les muscles fessiers sont dans leur état normal; tandis que, dans la coxalgie, on constate toujours un aplatissement marqué de la fesse.

10° Dans les coxalgies, l'inclinaison et la torsion du bassin sont dues à l'entrave apportée aux fonctions articulaires; tandis que dans les contractures, la position vicieuse du bassin est entretenue par la prédominance d'action de certains muscles. Aussi constate-t-on, dans ces derniers cas, l'élévation du

bassin, mais non pas sa torsion, comme dans le premier.

11° Dans les contractures, lorsque le membre se trouve dans la flexion, on sent les cordons musculaires qui maintiennent le membre dans l'attitude vicieuse. Si le membre est dans l'extension, au lieu d'un allongement, comme dans la coxalgie avec extension, il y a raccourcissement, dû à la seule élévation du bassin.

12° L'intermittence ou la rémittence des phénomènes n'est pas un signe certain des contractures, car on les observe toujours au début des coxalgies commençantes.

13° Enfin, dans les cas douteux, l'anesthésie fera cesser la déformation, la déviation, le raccourcissement, en un mot tous les phénomènes de la contracture; elle permettra, en outre, de constater que les mouvements naturels de l'articulation sont faciles et peuvent s'exécuter sans efforts, ce qui n'a pas lieu dans les coxalgies véritables.

Suivant M. Larrey, la coxalgie simulée, dont il a eu l'occasion de voir un certain nombre d'exemples chez les conscrits dans les conseils de révision, ressemble beaucoup à ces *contractures musculaires;* tandis que d'après MM. Bouvier, Marjolin, Giraldès, ils n'ont jamais observé celles-ci chez les enfants, ils n'ont observé ce phénomène que dans l'arthralgie au début de la coxalgie où la contracture est provoquée par la douleur. Deux fois seulement, M. Bouvier a eu l'occasion de voir la contracture musculaire chez de jeunes filles arrivées à l'époque de la puberté. Ces cas sont très-embarrassants. Ainsi il a traité avec M. Guersant, pendant un an, pour une affection douloureuse de la hanche qu'il croyait être de nature coxalgique, une jeune fille qui s'est trouvée, enfin, guérie tout à coup, à la suite d'inhalations de chloroforme pour lesquelles 30 grammes de chloroforme furent successivement employés sans qu'il fût possible d'endormir la malade. Évidemment, il ne s'agissait là que d'une simple contracture musculaire.

M. Demarquay confirme les vives douleurs que les malades, atteints de contracture musculaire, éprouvent pendant les accès ou les exacerbations de leur mal. Il a vu une jeune fille qui présentait ce phénomène à un si haut degré, qu'il a fallu l'endormir pour examiner son membre; le moindre attouchement lui faisait pousser des cris, presque des hurlements. (*Soc. de chirurg.*, février.)

Traité de thérapeutique de la coxalgie, par le docteur Philipeaux (de Lyon), 1 vol. in-8 de 500 pages avec figures dans le texte. Exposition détaillée des faits, des opinions et des principes dont les conclusions précédentes sont le résumé.

CRISTALLIN. *Régénération.* D'après les expériences de M. Millot, elle commence ordinairement vers la fin de la deuxième semaine et n'est complète qu'entre le cinquième et le douzième mois, et même plus tard si les animaux sont très-âgés. La capsule antérieure et les couches corticales sous-jacentes du cristallin semblent jouer dans cette réparation le même rôle que le périoste et les couches sous-périostales dans la réparation des os.

Jamais le nouveau cristallin n'a acquis le volume de l'ancien, même chez les animaux très-jeunes sur lesquels la reproduction est plus complète et rapide que chez les adultes (*Acad. des sc.*, février.)

Tout en supposant que cette régénération a pu se faire chez des hommes opérés de la cataracte, M. Millot n'a pas démontré ce fait qui est le point pratique et véritablement important de la question.

D'après un fait clinique observé par M. le docteur Gouriet de Niort, la luxation, ou ce que nous préférons appeler la chute de la lentille enveloppée de sa capsule, peut avoir lieu dans la chambre antérieure et y séjourner longtemps sans accidents. C'était chez un phthisique de quarante ans qui, depuis l'âge de dix ans, présentait une cataracte sans aucune altération des parties voisines. La chute s'opéra à l'insu du malade pendant son traitement, et les choses restèrent en l'état, durant quinze mois que se prolongea son existence, sans produire ni lésion ni accident quelconque (*Gaz. des hôpit.*, n° 43). Ne convient-il pas d'attribuer cette innocuité aux conditions toutes spéciales de ce cas particulier ?

CROUP. *Inhalations de vapeurs mercurielles.* En remarquant avec raison que la diphthérite est une affection générale que la trachéotomie, ni les cautérisations locales ne sauraient guérir, M. Abeille en est venu à appliquer le traitement suivant :

Une lampe à esprit-de-vin maintient en ébullition dans un vase de terre à large ouverture, plein d'eau et placé sur un tré-

pied, des fleurs de mauve, violettes et coquelicots. Dans ce vase on projette toutes les trois ou quatre heures un paquet de cinnabre (sulfure de mercure) de 2 grammes. Ce vaporarium est installé aussi près que possible du lit des malades, de façon que les vapeurs soient presque directement dirigées sur eux.

Il doit fonctionner nuit et jour, depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin. On a soin de temps en temps de renouveler le liquide et les fleurs. Moins la pièce où couchent les malades est spacieuse, et mieux les choses vont. On peut aussi placer le vaporarium entre les rideaux du lit.

Si les inhalations de ces vapeurs mercurielles exercent, par leur passage à travers le larynx, une action locale de dissolution, d'amollissement des fausses membranes, et si par l'absorption continue elles produisent une dilution, une dissolution de leur partie fibrineuse, comme on l'admet généralement, il reste à expulser les fausses membranes par les vomissements. Il emploie de préférence la mixture suivante :

℞ Sirop d'ipéca......................	60 grammes.
Eau distillée......................	60 —
Poudre d'ipéca......................	60 centigr.

par cuillerées à café de dix en dix minutes jusqu'à effet vomitif.

Enfin nourrir les petits malades n'importe avec quels aliments, donner du vin coupé qui est le tonique par excellence.

9 cas de croup, tous observés en ville et guéris, dont 3 laryngiens à la période asphyxique où la trachéotomie paraissait l'unique ressource, sont rapportés à l'appui de l'efficacité de ce traitement (*Gaz. médic. de Paris*, nos 34, 37, 38 et 39). C'est vraiment trop concluant, car une statistique sans insuccès inspire toujours le doute.

C'est au flambeau d'une expérimentation décisive que M. le docteur Bastard, de Pézenas, fait la critique de ce nouveau moyen. Appelé par un confrère pour pratiquer avec lui la trachéotomie sur une fille de trois ans, il proposa l'essai des vapeurs cinnabrées humides qui, devant l'asphyxie, ne purent être employées avant l'opération, mais le furent immédiatement après, cinq jours durant. Or, pendant ce temps, les fausses membranes recouvrant les amygdales restèrent stationnaires et ne commencèrent à se déliter que du septième au huitième jour après l'opération et le quinzième au seizième du début de la

maladie. Plusieurs fois dans cet intervalle la canule fut enlevée et l'ouverture extérieure de la plaie bouchée; chaque fois l'enfant était menacée d'asphyxie, et ce n'est qu'au dix-septième jour de l'opération que l'on a pu sans crainte laisser se fermer l'ouverture trachéale.

Est-ce à dire que du moins les vapeurs humides de cinnabre ont empêché la propagation des fausses membranes au-dessous du larynx et enrayé l'affection ? Non, ajoute-t-il; car le cinnabre ne s'évapore pas à la température de l'eau bouillante. Pour s'en convaincre il suffit de porter à l'ébullition, dans une cornue de verre munie d'un long tube, de l'eau tenant en suspension du sulfure de mercure. Il est facile de se convaincre par là que ni dans le tube, ni dans l'eau de vaporisation ne se dépose la plus petite parcelle du composé mercuriel. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

Nitrate d'argent. Son usage interne aussi bien que topique a été préconisé dans ces derniers temps. M. Guillon surtout, considérant l'angine couenneuse comme purement locale, a donné ce dernier comme infaillible. C'est ainsi que M. le professeur Moutet (de Montpellier) l'a employé en poudre insufflée au moyen d'une sonde courbe dans quatre cas graves et qui ont tous guéri. Mais il faut dire que ces insufflations caustiques ont été précédées et suivies de vomitifs, de perchloruro de fer et de toute la série des moyens usités en pareil cas (*Montp. médic.*, avril). On ne saurait donc attribuer exclusivement les honneurs de la guérison au sel argentique, mais ces faits sont du moins de nature à en encourager et en multiplier l'emploi topique surtout quand l'affection paraît locale.

Employé à l'intérieur à haute dose selon la méthode de M. Schœvers (voy. *Année* 1865), c'est-à-dire 1 gramme pour 100 grammes d'eau, par M. Masson, il a amené la guérison dans deux cas alors que tous les autres moyens, voire même le soufre, avaient échoué. Les deux petits malades, fille et garçon, étaient âgés de cinq ans; chez la première, il s'était développé des douleurs abdominales qui se sont dissipées avec les lavements et les cataplasmes émollients. Chez l'un ni l'autre, il n'y a eu d'accès de suffocation à l'administration de la première cuillerée du remède, comme l'a rapporté M. Schœvers; accident qui tenait probablement à un peu de liquide tombé dans le larynx, et qui aurait pu être occasionné par toute autre boisson. (*Abeille médic.*, n° 2.)

De l'angine couenneuse et du croup considérés au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur A. Coulon, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine d'Amiens, ancien interne des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée. In-8° de 104 pages. Basé sur plus de 300 faits cliniques observés dans les deux hôpitaux spéciaux d'enfants de Paris, ce livre en montrant la valeur réelle des agents thérapeutiques a été apprécié comme cette deuxième édition en est la preuve.

CRYPTORCHIDIE. Cryptorchidie double. Les cas d'inclusion inguinale du testicule des deux côtés sont assez rares, et l'on a eu rarement l'occasion de pouvoir, par l'examen microscopique, résoudre cette question importante à plus d'un point de vue de savoir si cette anomalie amène l'impuissance ou la stérilité. Si M. Gosselin a pu, en tenant compte des faits rapportés par Curling, Hunter, Cloquet, Godard, arriver à cette conclusion que l'impuissance n'a pas lieu nécessairement chez les individus atteints d'inclusion abdominale, et que la fécondation admise chez quelques-uns, sans avoir été démontrée rigoureusement, peut être considérée comme rare et exceptionnelle, pour l'inclusion inguinale, les observations sont moins concluantes, et M. Gosselin, sur ce point, a émis cette opinion que la présence des deux testicules dans l'aine est une condition très-probable de stérilité et quelquefois d'impuissance. Mais il ajoute que, sur ce point délicat, une conclusion décisive ne peut être établie qu'après un examen microscopique du sperme. Il serait, en effet, dangereux de poser une loi générale à ce sujet. Et le fait suivant prouve que l'inclusion inguinale des deux testicules n'est nullement incompatible avec la régularité de la fonction de ces organes.

Un jeune homme de Francfort, âgé de vingt-deux ans, observé par M. Beigel, présente l'état suivant des organes génitaux : pénis bien développé, d'une longueur normale; le scrotum est vide et affaissé. Dans l'aine, de chaque côté, on observe une tumeur ovalaire plus grande à droite qu'à gauche, et que l'on reconnaît facilement par le toucher comme étant le testicule. Ce jeune homme n'éprouve aucune gêne : il exerce souvent et même vigoureusement le coït; l'éjaculation semble se faire normalement, et lorsqu'il s'abstient longtemps des rap-

ports sexuels, il éprouve des pollutions nocturnes. Enfin l'examen microscopique du sperme a permis de constater la présence d'une grande quantité de spermatozoïdes. Ces caractères établissent suffisamment la virilité du jeune homme, et une seule observation de ce genre suffit à démontrer que les testicules retenus dans l'aine peuvent conserver intactes leur structure et leur fonction. (*Virchow's Archiv*, Bd. XXXVIII, 2 H., et *Gaz. hebd.*)

CYANURES. *Sulfo-cyanure de potassium.* Après de très-nombreuses expériences pour contrôler son action paralysante du système musculaire, MM. Dubreuil et Legros ont reconnu qu'il agit localement et par imbibition sur les muscles dont il détermine la paralysie. Il les rend impropres à se contracter sous l'influence de la volonté et sous celle des agents galvaniques. Il ne les rend pas davantage ni plus rapidement granuleux qu'ils ne le deviennent normalement après la mort. Appliqué directement sur l'encéphale, il produit des accidents tétaniques, c'est-à-dire des convulsions toniques entremêlées de convulsions cloniques. Ces phénomènes surviennent encore et succèdent à la paralysie dans le cas où le sulfo-cyanure a été injecté sous la peau. Ils paraissent dus, dans ce cas, à l'action que ce sel, passé dans le courant circulatoire, exerce sur les centres nerveux. Introduit à assez forte dose dans les voies digestives, le sulfo-cyanure produit d'abord des accidents de paralysie généralisés, puis des phénomènes tétaniques au milieu desquels arrive la mort. (*Acad. des sc.*, juin.)

En voici le tableau symptomatologique d'après un cas d'empoisonnement volontaire avec une très-faible quantité, 1 gramme environ, par un homme de vingt-six ans, observé à l'hôpital par le docteur Scholz : prostration profonde, cyanose de la face, perte de sentiment durant trois jours. Presque en même temps trismus, paralysie généralisée dans les muscles, avec grande disposition aux phénomènes réflexes, consistant en tremblement général, légers mouvements convulsifs, contractions tétaniques, avec roideur musculaire consécutive par les excitations extérieures des masses musculaires. D'ailleurs anesthésie de la surface cutanée. Chorée du globe oculaire, et plus tard diplopie lorsque le coma a cessé. Rétention de l'urine, qui est sécrétée en abondance, et constipation. Ralentissement de l'action du cœur et plus encore des mouvements respiratoires, avec

abaissement de la température de la peau. Aphonie après le retour de la conscience, puis raucité se prolongeant. Le malade, pendant les derniers jours qu'il reste à l'hôpital, ne pouvait se rappeler le nom de certains objets. (*Wiener med. Wochenschr.*, n°s 96 et 97.)

D'après un cas d'empoisonnement avec le cyanure de potassium où l'administration d'une solution de protosulfate *semble* avoir conjuré les accidents, M. Delioux propose l'emploi des sels de fer contre l'intoxication des différents cyanures (*Bull. de thérap.*, avril). Mais ce n'est là qu'une proposition basée plutôt sur des vues chimiques que cliniques et qui, par conséquent, ne mérite pas ici de plus longs développements.

CYSTITE. *Acide phénique.* En injection à la dose de 1 pour 100 en solution aqueuse, le docteur Bottini en a obtenu des succès inespérés à l'hôpital de Novarre. La putréfaction de l'urine par sa stagnation dans la vessie, sous l'influence de l'hypertrophie de la prostate ou la contraction de l'urèthre, est ainsi prévenue, et l'on ne trouve plus ni dans le pus, ni dans l'urine, ces myriades de zoophytes et de *Penicillium glaucum* qui se rencontraient avant son emploi. (*Giorn. delle Venetic.*)

D

DÉGÉNÉRESCENCES. **Dégénérescence amyloïde.** Appelée d'abord cirrheuse, lardacée, cette altération organique, qui atteint tous les organes, les reins et le foie en particulier, en en augmentant le volume, consiste dans un dépôt ou une exsudation de nature fibrineuse, démontrée par l'analyse chimique, sa tendance contractile, sa conversion en tissu fibreux, et son identité avec les résidus fibrineux. On la reconnaît par la réaction de l'iode qui lui donne une couleur rouge brun au lieu de la teinte jaune qu'elle communique aux tissus normaux. Son association avec la tuberculose ou la syphilis l'a fait considérer comme dépendant d'elles ou de quelque autre cachexie.

Un mémoire intéressant de M. le docteur Dickinson, médecin adjoint de l'hôpital Saint-George et des Enfants-Malades de Londres, lu à la *Royal med. and chir. Society*, dans sa séance du 12 février dernier, tend à modifier, à changer ces conclu-

sions où la science en est. Sur 60 cas de dégénérescence amyloïde observés par lui, elle coïncidait, dans 52, avec la formation du pus. Dans 47, il y avait les traces d'une suppuration abondante et prolongée, et, dans 5, l'autopsie démontra qu'elle avait existé antérieurement. Aucune ressemblance, du reste, entre ces cas, si ce n'est la suppuration. La syphilis existait dans quelques-uns, la tuberculose dans d'autres ; la plupart sans autre trace morbide. Dans 8 autres cas, 4 révélaient l'existence antérieure d'une albuminurie abondante, et, comme celle-ci est équivalente, sous certains rapports, à la suppuration, 4 seulement restent indemnes de cette cause à laquelle peut être rapportée la dégénérescence amyloïde.

A l'appui de cette étiologie viennent les résultats de MM. Wilks et Grainger Stewart, obtenus en dehors de toute idée préconçue. Sur 109 cas suivis d'autopsie et de l'historique des maladies antérieures, 83 ou plus des trois quarts étaient liés à une suppuration indubitable, et les désordres étaient tels dans les 26 autres, qu'il est permis de supposer qu'elle a existé dans la majorité, sinon dans tous. Ce résultat est donc concluant.

Tandis que la coïncidence de la syphilis, de la tuberculose ou de tout autre cachexie est ainsi démentie dans bon nombre de cas, celle de la suppuration, au contraire, est manifeste dans la très-grande majorité. Dans l'un, c'est à la suite d'une dilatation bronchique ; dans l'autre, après une fracture compliquée ; dans celui-ci, le résultat d'une amputation ; dans ceux-là, après des abcès pelviens, etc., etc.

La constatation clinique étant faite, restait à rechercher comment une suppuration prolongée peut favoriser le dépôt de cette matière dite *amyloïde*. En voici la preuve physico-chimique : Le pus est un liquide albumineux, alcalin par la potasse et la soude qu'il contient en notable proportion, proportion supérieure à celle du sang. Un écoulement de pus est donc une soustraction d'albumine et d'alcalis du sang. C'est ainsi que le dépôt amyloïde, essentiellement fibrineux, au lieu de colorer en jaune par l'iode, comme la fibrine et les tissus normaux, prend un rouge-brun caractéristique par l'absence de ces alcalis, couleur qu'il perd dès qu'il peut absorber une petite quantité de potasse ou de soude, pour reprendre celle des tissus sains. De même, il retient la couleur du sulfate d'indigo que les tissus sains détruisent par les alcalis libres qu'ils contiennent.

D'ailleurs, les analyses comparatives de 7 foies sains et de 7 foies amyloïdes ont donné environ une diminution d'un quart des sels alcalins dans ceux-ci. Enfin, la substance amyloïde a été produite artificiellement avec de la fibrine ou de l'albumine en en enlevant ou en neutralisant l'alcali combiné avec elle. Des échantillons ainsi obtenus et exposés devant la Société ont donné toutes les réactions sus-indiquées de ce dépôt morbide.

D'où M. Dickinson conclut que la substance amyloïde est de la fibrine désalcalinisée, et que cette dégénérescence s'observe 5 fois sur 6 à la suite des grandes pertes alcalines et albumineuses qui se font surtout par la suppuration. Il propose, en conséquence, de l'appeler *dépurative* et non amyloïde, comme étant tout à fait impropre d'après ces faits, et d'en prévenir le développement dans les cas d'albuminurie et de suppuration, surtout des os, par un régime compensateur et l'usage de la liqueur de potasse et de soude. (*Lancet*, février.)

Travail d'analyse et de synthèse, cette communication, outre son intérêt pratique, semble un exemple saisissant de l'alliance nécessaire et utile de la clinique avec les sciences accessoires et de leur rôle respectif : celles-ci devant toujours être subordonnées à celle-là. On voit, en effet, les erreurs auxquelles expose une marche contraire et les féconds résultats de celle-ci.

Dégénérescence graisseuse. *Coïncidence de celle du diaphragme avec celle du cœur.* Si, en raison même de sa nature profondément cachectique, tellement qu'elle vient s'ajouter à la plupart des autres cachexies pour les compliquer, la dégénérescence graisseuse, dont le cœur semble le siége de prédilection, tend à se généraliser à d'autres organes, nous ne sachions pas qu'aucune coïncidence spéciale, aucune relation ait été notée explicitement jusqu'ici. Il est parfaitement reconnu qu'elle envahit plusieurs organes à la fois, et voilà tout ; aucun rapport particulier entre le cœur et le diaphragme, par exemple, n'a été signalé. — I. C'est en l'observant pour la première fois, en 1855, à l'autopsie d'une femme de cinquante-neuf ans, morte à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, que M. Callender, alors démonstrateur d'anatomie pathologique, et aujourd'hui chirurgien adjoint de cet hôpital, a élevé cette coïncidence à la hauteur d'une loi pathologique, en mettant en question si, en pareil cas, la mort subite, qui en est ordinairement la conséquence, résulte de la cessation de la contraction du cœur,

comme on l'admet, ou de celle du diaphragme. C'est ainsi que, dans ce premier exemple, la mort, survenue tout à coup dans la convalescence d'une bronchite, parut déterminée surtout par l'embarras de la respiration, alors que tous les organes respiratoires étaient sains, moins le diaphragme, pâle et graisseux sur toute sa surface péritonéale. Voici le résumé des autres faits qu'il produit à l'appui de cette loi :

II. Une célibataire de cinquante ans, entrée au même hôpital le 1er janvier 1857, service de M. Hue, pour une première attaque de rhumatisme dont elle souffrait depuis trois semaines, fut prise subitement d'orthopnée et succomba dans l'espace de quelques heures. La respiration était exclusivement thoracique, et si bruyante, que l'on ne distinguait aucun souffle normal. L'abdomen était distendu et flatulent, et la mort eut lieu comme dans la péritonite, suite de rupture intestinale.

L'autopsie montra le cœur hypertrophié avec dilatation des cavités, sang noir à l'intérieur, épaississement des valvules mitrales et aortiques, dégénérescence graisseuse. Diaphragme pâle, à l'exception des adhérences vertébrales ; ailleurs, il était parsemé de plaques graisseuses d'un jaune pâle, comme sur les parois d'un cœur gras. Au microscope, on trouve des granules graisseux à la place de la structure musculaire, tandis que les intercostaux, les pectoraux, les psoas, conservent leur état naturel.

III. Un homme de cinquante-trois ans, souffrant depuis sept mois de la poitrine, fut apporté à l'hôpital, dans un profond coma, le 18 mars 1857, et succomba bientôt. Épanchement séreux des méninges et des ventricules sans tubercules du cerveau. Les poumons en sont farcis, avec des cavernes. Cœur pâle, flasque et gras. Le diaphragme offre une apparence semblable. Les plaques jaunes et les granules graisseux sont très-distincts dans les fibres. Tous les autres organes étaient sains.

IV. Un homme mort d'apoplexie en 1857, dans les salles du docteur Farre, présenta également à l'autopsie une dégénérescence graisseuse des artères, du cœur, du diaphragme et du foie.

V. Chez une phthisique de trente-deux ans, admise dans les salles du docteur Browns, le 12 février 1856, la dyspnée était si douloureuse qu'elle simulait l'angine de poitrine. La malade tenait sa main sur la région du cœur et la respiration était

toute thoracique. L'abdomen était rétracté et fixe; malgré les stimulants, elle s'embarrassa de plus en plus, et la malade succomba.

Cœur gras et dilaté à droite. Vaisseaux athéromateux. Le tissu du diaphragme est pâle et mou, flasque, se déchirant facilement, parsemé de petites plaques jaunes disposées en lignes ; les plus apparentes autour du centre phrénique. Adhérences pleuro-pulmonaires du diaphragme.

VI. Une femme de vingt-deux ans, placée dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, usée par le travail, et toussant depuis plusieurs semaines, est apportée mourante dans les mêmes salles le 12 janvier 1858. Respiration courte, étouffée, thoracique; abdomen sensible, rétracté; pouls faible, à 120. Mort quatre heures après.

L'autopsie montre une altération de l'aorte, un cœur gras et dilaté, et un gros foie congestionné. Comme le cœur, le diaphragme est le siége d'une dégénérescence graisseuse. (*Lancet*, 12 janvier.)

Il y a dans cette similitude de dégénérescence de deux muscles, ayant un rôle également actif, un rapport frappant et pouvant éclairer la pathogénie de cette altération. N'est-ce pas en raison même du travail fonctionnel excessif qui leur est dévolu qu'ils sont frappés simultanément? On ne saurait méconnaître que cette altération est généralement le privilége des organismes appauvris, usés, minés par les excès de tout genre, comme les maladies de toute sorte, et le dernier terme de la désorganisation vitale.

Del processo patologico nella degenerazione amiloide (Processus pathologique de la dégénérescence amyloïde), par le docteur G. Saviotti, prosecteur à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université de Turin. Un volume in-8°, 1866, Turin. Exposé complet des connaissances acquises sur cette dégénérescence organique.

DÉLIRE. A propos de deux cas de délire asthénique améliorés par les alcooliques, l'un chez un rhumatisant, l'autre chez un péripneumonique, M. Gubler en caractérise ainsi le diagnostic différentiel :

Délire asthénique.	**Délire sthénique.**
Fièvre peu ardente, sans caractère angio-ténique franc. Tête non brûlante.	Conditions opposées.
Globes oculaires pâles, pupilles larges ou modérément étroites.	Sclérotiques injectées, pupilles très-étroites, globes parfois douloureux à la pression.

Tandis que dans la première forme, l'alcool ni l'opium ne sont indiqués, ce sont les sangsues, une à une derrière les oreilles, les lavements, qui sont surtout utiles dans la seconde. Ce diagnostic différentiel se présente souvent dans la fièvre typhoïde et l'érysipèle (*Soc. méd. des hôpit.*, mars). N'y a-t-il pas aussi dans le caractère même du délire, dans la loquacité, le ton même de la voix, des signes différentiels? quelle différence entre les rêvasseries faites à mi-voix, cette sorte de monologue de certains délirants avec le délire actif interrogateur à voix claire, élevée, et se traduisant même par des actes.

DELIRIUM TREMENS. Pronostic. M. Delasiauve en distingue deux degrés d'une gravité différente. Bien que violente dans l'aspect, la maladie est bénigne et passagère, quand l'obtusion est le fond morbide et que les idées de crainte et de frayeur dominent dans les hallucinations. Il y a un peu de tremblement, peu de fièvre, des sueurs modérées, le visage pâle et sombre.

Dans les cas suraigus, bien qu'il y ait moins de violence avec redoublement d'hallucinations brisées, rapides, successives, le soir ou dans la nuit, le danger est immédiat si on ne le conjure avec l'opium ou la digitale à haute dose (Voy. *Années* 1864 et 1866). On observe alors l'irrégularité du pouls, des sueurs visqueuses profuses exhalant parfois l'odeur de l'alcool, la langue est sèche, le visage vultueux, rouge, agité de tremblements, marqué de stupeur.

Les convulsions sont pour M. Pidoux un élément important du pronostic. Tous les malades qu'il en a vus atteints ont fatalement succombé. M. Bourdon a appuyé cette opinion d'un fait très-concluant, relaté à la Société le 14 juin et promptement mortel (*Soc. méd. des hôpit.*, juillet). Est-ce le résultat d'une hémorrhagie méningée? Non, d'après le cas de M. Bourdon. (Voy. ce mot.)

Cannabis indica. Ne pouvant donner l'opium à haute dose à un malade qui s'en était sursaturé, au point de prendre 4 onces de teinture sans en éprouver d'effet soporifique, M. Tyrrell lui administra la teinture de chanvre indien à la dose d'un millilitre environ toutes les trois heures. Deux heures après la troisième dose, un sommeil calme s'empara du malade et dura quatre heures, et deux jours après il quittait l'hôpital très-bien guéri.

C'est ainsi que dans deux attaques précédentes, le docteur White avait guéri le même malade, en lui administrant de 40 à 80 gouttes toutes les deux heures de la teinture de *Cannabis indica.* (*Med. Press*, mars.)

DENTS. — Voy. Ostéo-périostite alvéolo-dentaire.

DERMATOLOGIE. *Affection cutanée parasitaire non encore signalée.* Il se déclara, en 1866, dans les environs de Toulouse et sur les personnes qui manient le blé ou la farine, une petite épidémie dont aucun livre spécial, aucun mémoire, aucune communication n'a mentionné les caractères qui étaient ainsi ignorés des maîtres de la capitale. Cette affection est, paraît-il, connue depuis longtemps des meuniers ; mais il y avait cinq à six ans qu'ils n'en avaient point été atteints.

Elle est caractérisée par une éruption apparaissant d'abord le plus souvent sur un des côtés du cou, ce qui s'explique aisément par l'habitude qu'ont les meuniers de porter le sac sur une épaule, et d'avoir par suite la peau du cou directement en contact avec le blé ou la farine. Elle peut, du reste, débuter par une autre partie du corps, celle qui s'est trouvée en contact direct avec la matière infectante. C'est ainsi que chez certains paysans, elle débute par les mains et les bras. L'éruption elle-même est constituée par des papules de prurigo, les unes entières, les autres excoriées, ou recouvertes d'une croûte noirâtre. Ces papules s'élèvent sur la peau saine, et ne sont entourées à leur base d'aucune rougeur.

Les malades observés prétendent n'avoir jamais vu d'eau ni d'humeur dans leur bouton. Il y avait cependant sur l'un d'eux quelques papules surmontées d'une petite vésicule. Examinée avec soin, elle n'a paru accompagnée d'aucun sillon.

L'éruption peut être plus ou moins confluente ; mais chez les

malades observés, elle était, en général, assez discrète, les papules toujours isolées.

Cette éruption donne lieu à un prurit très-violent, quelquefois atroce, mais ces phénomènes sont tout à fait éphémères.

Le début est marqué par des démangeaisons plus ou moins vives que suit bientôt l'apparition des papules. Toute la nuit se passe dans l'agitation et l'insomnie par suite du prurit; mais le lendemain l'éruption est en décroissance; le prurit a complétement cessé sans aucun traitement.

Cette affection n'est pas contagieuse. Jamais les meuniers assurent-ils, n'ont communiqué l'affection à personne, ni à leurs femmes, ni à leurs camarades de lit.

La cause unique, essentielle, réside dans la manipulation du blé ou de la farine; le contact lui-même paraît ne pas être nécessaire, car plusieurs personnes ont affirmé avoir pris la maladie par le seul fait de se trouver au milieu de la poussière du blé et de la farine. En recherchant la cause de cette affection cutanée, dont l'aspect a tant d'analogie avec la gale que les intéressés lui ont donné ce nom, on en trouve aussitôt l'explication par l'examen microscopique de la poussière résultant du nettoyage et de l'épuration des blés. Au microscope, on aperçoit, en effet, au milieu de cette poussière quelques acariens, ayant beaucoup d'analogie avec ceux de l'homme, et qu'il n'a pas été permis de déterminer spécifiquement. C'est donc un sujet à éclaircir (*Gaz. méd.-chirurg. de Toulouse*). — Voy. Parasitisme.

Iode. Après tant d'autres, M. le professeur Decaisne l'emploie en badigeonnages, notamment dans l'eczéma chronique simple et impétigineux, l'ecthyma et le prurigo, l'impétigo et la mentagre. Après quelques applications, il fait prendre un grand bain pour faire tomber les pellicules. (*Arch. méd. belges.*)

Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, par M. A. Hardy, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et M. A. de Montméja, ex-interne provisoire des hôpitaux, chef de clinique ophthalmologique. 1 vol. petit in-4 avec environ 40 planches photographiées et coloriées, publié en 10 ou 11 livraisons, se composant chacune de 8 pages de texte et de 4 planches pho-

tographiées et coloriées. Une livraison chaque mois, à partir du 1er mars 1867.

DÉSARTICULATION. Désarticulation de l'épaule. Guidé par les travaux de Langenbeck et de Baudens sur la résection de l'épaule dans les plaies par armes à feu, le professeur Spence (d'Édimbourg) remplace l'incision en V par une incision linéaire sur la tête et le col de l'humérus, commençant immédiatement sur le bord externe de l'apophyse coracoïde. Frappé tout d'abord de la facilité de ce procédé pour opérer la désarticulation et de l'absence d'hémorrhagie en évitant la division du tronc de l'artère circonflexe postérieure, un autre avantage s'en est révélé par la pratique ; c'est que, en y recourant pour la résection, si la maladie ou la lésion exigent l'amputation, on peut y procéder immédiatement en prolongeant l'incision vers le bord postérieur de l'aisselle avec un résultat meilleur que par la méthode ordinaire à un simple lambeau, ainsi que deux cas en ont récemment offert l'exemple.

Voici comment s'exécute ce procédé. A droite, par exemple, le bras étant dans une légère abduction et la tête de l'humérus portée en dehors, s'il est possible, je commence mon incision avec un large et fort bistouri, sur la saillie interne de la tête humérale en la prolongeant à travers les fibres claviculaires du deltoïde et du grand pectoral jusqu'à l'attache humérale de celui-ci qui est divisée. Par une courbe douce, elle est conduite ensuite en divisant les fibres inférieures du deltoïde vers le bord postérieur de l'aisselle si les tissus n'en sont pas broyés. La ligne de la section interne est alors tracée par l'incision de la peau et du tissu cellulaire seulement, du point où la première se terminait, en traversant le bras en dessous et de haut en bas, jusqu'à la partie inférieure de l'incision linéaire. Sans être indispensable, ce tracé assure la régularité du lambeau. Ainsi limité, il peut être aisément détaché de l'os et de l'articulation avec le doigt. Si le deltoïde a été complétement divisé par l'incision linéaire en y comprenant le tronc de la circonflexe postérieure et en le relevant en haut et en dehors, la tête humérale et les tubérosités sont mises à découvert. Les insertions tendineuses des muscles capsulaires sont alors divisées bien plus aisément et nettement que par la méthode à double lambeau. En protégeant le lambeau postérieur avec une large spatule ou les doigts d'un aide, et en rasant l'os comme

dans la résection, le tronc de la circonflexe postérieure est entièrement protégé, la circonflexe antérieure est seule divisée et l'on peut en prévenir le saignement avec une serre-fine, de même que celui des vaisseaux axillaires par une double ligature avant la section des parties molles.

Les lambeaux sont réunis par quelques points de suture et un pansement très-simple est ensuite appliqué.

Les avantages de ce procédé sont : 1° une forme parfaite du moignon bien supérieure à celle que donnent les autres procédés ; 2° la non-division de l'artère circonflexe postérieure, si ce n'est dans ses petites branches terminales, tandis que le tronc divisé dans les autres méthodes donne souvent lieu par la rétraction du lambeau à des hémorrhagies consécutives embarrassantes, sinon à la gangrène du lambeau même ; 3° l'extrême facilité avec laquelle la désarticulation peut être exécutée.

Néanmoins, ce n'est pas à dire que ce procédé doive être préféré aux autres dans tous les cas ; il aurait même des inconvénients dans quelques-uns ; le choix dépend de la nature des lésions, car ici plus qu'ailleurs, nécessité fait loi, comme l'a judicieusement dit Malgaigne. (*Lancet*, février.)

On s'étonne que l'éminent chirurgien anglais, ayant lu le *Manuel de médecine opératoire* de l'auteur français, n'ait pas vu qu'un procédé semblable s'y trouve décrit sous le nom de *Procédé de Fleury* (7e édition, 1861, p. 315 à 316). La nouveauté que lui attribue le professeur Spence est donc complétement illusoire et d'autant plus erronée qu'un chirurgien militaire français, M. Bonnafont, réclamait dès 1843 en sa faveur l'invention de ce procédé attribué ainsi par Malgaigne à M. de Fleury. Dans sa thèse inaugurale de 1834 comme dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de mai 1841, on le trouve ainsi décrit :

Je fais une incision verticale à la partie antérieure de l'épaule, s'étendant depuis l'apophyse coracoïde jusqu'à 1 pouce 1/2 au-dessous de l'insertion du tendon du grand pectoral ; puis je porte le couteau transversalement sur le bras, et je pratique une seconde incision qui, contournant ses deux tiers postérieur et externe, vient se réunir à angle droit à l'extrémité inférieure de la première. Les téguments étant incisés et fortement rétractés, je coupe les muscles jusqu'à l'os au niveau de leur rétraction. Le lambeau résultant de la rencontre de ces deux incisions est renversé en dehors par un aide, pendant que

l'opérateur détruit les brides qui unissent la face interne des muscles à l'humérus. La capsule mise ainsi à découvert dans sa moitié antérieure et externe, il l'incise avec les tendons des muscles qui se fixent à la grande et à la petite tubérosité, sépare la tête de la cavité glénoïde, glisse le couteau à plat entre l'humérus et les chairs qu'il coupe en rasant le premier jusqu'au niveau de l'angle postérieur de l'incision transversale. L'aide saisit alors entre ses doigts l'artère et le paquet de nerfs, et l'opération se termine comme dans le procédé de Larrey, avec cette différence qu'il faut avoir la précaution de faire tomber cette dernière incision au même niveau que la transversale, dont elle n'est que la continuation, et qui, dès lors, devient circulaire.

Le résultat de cette opération est d'offrir : 1° une incision verticale à la partie antérieure de l'épaule ; 2° un moignon pareil à celui qui résulterait de l'amputation circulaire de la partie supérieure du bras.

Les avantages de ce procédé reposent :

1° Sur la facilité de faire la résection, s'il y a lieu, et de désarticuler la tête de l'humérus lors même qu'étant complétement séparée du corps de l'os, celui-ci ne pourrait plus servir de levier pour augmenter sa saillie ; condition que rend fort difficile le procédé ovalaire et presque impossible la méthode circulaire ;

2° De laisser l'apophyse acromion bien recouverte, et sans que cette incision puisse gêner la cicatrisation de l'incision verticale, comme dans le procédé de Larrey ;

3° La cavité glénoïde est si bien abritée, qu'il est impossible que le contact de l'air puisse faire éprouver aucune crainte ;

4° La plaie ne pouvant éprouver de tiraillement dans aucun sens est aussi favorablement disposée pour la réunion de ses bords que pour l'écoulement du pus. (*Union méd.*, n° 51.)

Ajoutons comme preuve de l'exécution de ce procédé sur le vivant, que M. Bonnafont a imaginé à cet effet spécial, et fait fabriquer exprès une pince à trois dents pour saisir solidement la tête de l'humérus séparée du corps et l'exciser facilement des parties adhérentes. La priorité de M. Bonnafont ainsi établie, il ne reste qu'à l'inscrire définitivement.

Désarticulation coxo-fémorale. *Lotions d'alcool.* Cette

observation, recueillie dans le service de M. Maisonneuve, si intéressante déjà par elle-même, offre encore ceci de remarquable, qu'elle est le premier cas de guérison de désarticulation coxo-fémorale que l'Hôtel-Dieu ait encore enregistré dans ses archives.

R... (Charles), âgé de vingt-six ans, typographe, admis à l'Hôtel-Dieu le 7 mai 1866, était atteint depuis trois ans environ d'une coxalgie suppurée. De nombreuses fistules s'étaient produites autour de l'articulation et fournissaient une énorme quantité de pus fétide. Ses forces étaient épuisées; il était amaigri, toussait, avait fréquemment la diarrhée. L'auscultation néanmoins n'indiquait pas d'altération grave de la poitrine. Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, on employa d'abord un traitement réconfortant, puis des injections à la teinture d'iode, et à l'intérieur l'iodure de potassium. Malgré ces moyens, l'état général du malade déclinait de jour en jour; il était urgent de prendre une grande détermination. Deux partis se présentaient : pratiquer la résection de la tête du fémur ou faire la désarticulation coxo-fémorale. C'est à ce dernier parti que l'on crut devoir s'arrêter, en raison de l'extrême amaigrissement du membre et de l'épuisement du malade.

L'opération eut lieu le 18 juin, par la méthode à lambeau antéro-interne : elle fut prompte et facile. Le malade ne perdit que fort peu de sang, grâce à la précaution qui fut prise de faire comprimer l'artère dans le lambeau avant d'achever sa division. Il n'eut pas non plus conscience de l'opération, l'anesthésie par le chloroforme ayant été portée à résolution complète.

Après l'application des ligatures, cette vaste plaie fut soigneusement épongée, puis lavée à plusieurs reprises sur toute sa surface et dans toutes ses anfractuosités avec l'alcool à 40 degrés. On dut faire préalablement quelques grattages dans la cavité cotyloïde, dont la surface était érodée et remplie de fongosités et de détritus.

La plaie ayant été bien essuyée et bien desséchée, des lambeaux furent mis en contact et réunis par douze points de suture simple d'abord, puis par une couche exactement appliquée de bandelettes de diachylon. Le tout fut recouvert d'une couche épaisse de charpie sèche et maintenu par des compresses et une longue bande.

Les suites de cette grave opération furent d'une simplicité

inespérée. Le malade n'eut pour ainsi dire pas de fièvre. Dès la première nuit il dormit paisiblement, et le lendemain il prenait avec plaisir des aliments. La cicatrisation se fit par première intention dans la plus grande partie de la plaie. Mais il s'établit de la suppuration, d'une part, au niveau des deux paquets de fils à ligature, sortant l'un dans l'angle supérieur, l'autre dans l'angle inférieur de la plaie; d'autre part, sur deux points du lambeau postérieur où déjà avant l'opération il existait des trajets fistuleux.

Les fils de suture furent enlevés le huitième jour. Le pansement eut lieu avec de la charpie imbibée tantôt d'une solution d'acide phénique, tantôt de vin aromatique.

La santé de ce jeune homme reprit bientôt le dessus; le sommeil et l'appétit reparurent, son teint s'éclaircit, il prit de l'embonpoint, et le 31 août il sortit de l'hôpital pour aller achever sa convalescence à Vincennes. (*Abeille méd.*, n° 2.)

DIABÈTE. Symptomatologie. Contre l'opinion qui tend à s'accréditer que de l'urine sucrée peut être émise sans autres symptômes morbides et à l'insu même du malade, le professeur Seegen de Carlsbad, fondé sur une série de 74 observations, dit que, même dans les cas où la production du sucre était minime, elle se trouvait liée à tous les autres symptômes du diabète et surtout à la soif, à des envies fréquentes d'uriner et, avant tout, à un sentiment de lassitude. De même, la disparition de ce sucre avait aussi entraîné celle de ces symptômes quand la sécrétion du sucre se faisait aux dépens des substances amylacées, les symptômes diabétiques étaient également intense tant qu'elles étaient ingérées, tandis que leur privation les faisait cesser aussitôt. Dans deux cas où la présence du sucre fut constatée par hasard, il découvrit un affaiblissement du sens génésique, soif augmentée dans l'un, faim et amaigrissement dans l'autre. Cette coïncidence semble donc bien établie.

Il a aussi constaté une coïncidence fréquente avec des altérations pathologiques du cerveau, sinon une excitation des troubles psychiques dans les fonctions cérébrales. Une altération profonde du système nerveux est de même indiquée par l'impuissance, l'abattement, les troubles de la vue qui apparaissent avec le diabète et disparaissent avec lui pour montrer qu'ils s'y lient intimement.

Plus de 30 pour 100 des malades avaient un embonpoint excessif au début, comme pour confirmer cette opinion de Pavy, que la matière glycogène se transforme en graisse dans l'organisme sain.

Sur 45 diabétiques traités à Carlsbad, il y avait 12 israélites dont 7 femmes. Les juifs y semblent ainsi prédisposés.

L'apparition des furoncles a précédé, dans plusieurs cas et souvent de plusieurs années, l'apparition du diabète. D'où l'indication d'examiner toujours les urines des malades atteints de furoncles. (*Arch. de méd.*, mars.)

Substitution de l'albuminurie à la glycosurie. Dans un cas de diabète intermittent, M. Verneuil, après avoir observé un phlegmon gangréneux à coloration livide, à bords mal circonscrits et cette indolence, cette réaction peu franche et l'absence de mouvement fébrile qui sont les caractères de l'état diabétique coïncidant avec la présence du sucre dans les urines, a vu celui-ci disparaître après l'usage de l'eau de Vichy et être remplacé par l'albumine avec anasarque coïncidant avec de nouveaux phlegmons gangréneux. Chez un autre malade de 42 ans environ, diabétique depuis une dizaine d'années et ayant eu à plusieurs reprises des furoncles et des anthrax graves, l'albumine a pris aussi la place du sucre, deux ou trois ans après sa disparition des urines. Divers accidents se sont aussi manifestés depuis du côté du cœur, de la tête et des voies digestives. Une nouvelle éruption furonculeuse a éclaté avec phlegmon gangréneux à caractère diabétique ; puis des hémorrhagies répétées assez graves par les ulcérations furonculeuses. Depuis longtemps, d'ailleurs, les moindres opérations devenaient pour ce malade des causes d'hémorrhagies abondantes qu'il était très-difficile d'arrêter et qui faisaient de lui une sorte de *noli me tangere* par l'instrument tranchant.

On peut donc se demander jusqu'à quel point la substitution de l'albumine au sucre peut être considérée comme le résultat d'une loi d'alternance entre la glycosurie et l'albuminurie, et partant, comme prédisposition aux phlegmasies gangréneuses de même nature que celles qui se manifestent sous l'influence de la diathèse glycémique et surtout aux hémorrhagies. — Voy. ALBUMINURIE.

Ce sont là d'interressants problèmes à étudier et à résoudre. (*Soc. de chirurg.*, mars.)

Moyen simple de constater une urine sucrée. A propos d'une nouvelle observation de gangrène diabétique, M. le docteur Gondouin d'Argentan appelle l'attention sur un procédé excessivement simple de constater la présence du sucre dans l'urine. Il consiste à prendre une compresse de fil ou de coton (un mouchoir blanc un peu usé convient parfaitement) et à laisser tomber dessus une goutte d'urine qui s'étale aussitôt. Si l'on maintient quelque temps cette compresse au-dessus de charbons ardents, on a, à la place imbibée par l'urine, une tache marron très-nette, plus foncée à la circonférence qu'au centre, et d'autant plus foncée que la proportion de sucre est plus considérable; la compresse est, en outre, imprégnée d'une forte odeur qui rappelle un peu le sucre brûlé. Ce procédé est d'une grande sensibilité, et est d'autant plus précieux qu'il est à la disposition de tous et permet d'affirmer, séance tenante, sans le secours d'aucun autre réactif, la présence ou l'absence du sucre dans l'urine. C'est surtout dans la pratique de la médecine à la campagne qu'il peut rendre les plus grands services, puisqu'on n'a pas toujours sous la main les réactifs nécessaires.

Ce procédé est une simplification de celui de M. Maumené, qui consiste à se servir pour cette petite opération de bandelettes de mérinos préalablement trempées dans le bichlorure d'étain et séchées. Expérimenté bien des fois par l'auteur, tant avec des urines de diabétiques qu'avec des urines sucrées artificiellement, ce procédé est des plus fidèles, excessivement sensible, et permet de reconnaître facilement la présence de 1 gramme de sucre dans 20 kilog. d'eau, sans qu'aucune des autres substances que peut contenir l'urine donne jamais une semblable réaction. (*Union médic.*, n° 84.)

DIAGNOSTIC. Une grave erreur peut être commise par les ulcérations qui se développent aux grandes lèvres, consécutivement à la rougeole et qui peuvent être confondues avec des chancres vénériens. — Voy. ROUGEOLE.

Difficultés du diagnostic médical, par le docteur A. Riant, 85 pages in-8° (thèse de Paris, 1866). Exposé de quelques exemples, types d'erreurs ou de difficultés de diagnostic montrant les précautions à prendre et la réserve à garder dans les cas analogues.

DIATHÈSES. C'est un mot vague, selon M. Pidoux, débris de l'ontologie galénique dont abuse le vitalisme abstrait et qu'il faut incarner à tout prix, car les diathèses ont un organe général et, par conséquent, un siége. Or, qu'est l'observation si l'on ignore où est le siége du mal ? (*Union méd.*, n° 59.)

Diathèse aiguë. En rattachant le rhumatisme qui accompagne la blennorrhagie à une disposition générale de l'organisme, M. Lorain a exposé une nouvelle théorie des diathèses aiguës ou transitoires qui mérite d'être retenue. Pour lui, la blennorrhagie en est une parce que sous son influence se montrent toute une série de phénomènes morbides dont les uns ne sont que des lésions de voisinage : épididymite, cystite, néphrite, adénite ; et encore, si l'on ne fait qu'excorier l'urèthre, ils ne surviendront pas ; tandis que d'autres ne peuvent s'expliquer par la continuité des tissus.

L'ophthalmie purulente est-elle un fait de contact ? Quant au rhumatisme blennorrhagique, c'est la preuve de ce qu'on appelle une infection généralisée. Les anciens disaient métastase, sympathie ; on dit aujourd'hui action réflexe. Peu importe. Le fait intéressant, c'est la disposition qui dure tant que dure l'uréthrite.

Donc, la blennorrhagie renferme en puissance tous les accidents précités, et par cela elle est une diathèse, une *diathèse aiguë ou transitoire.*

Sous ce rapport, elle n'a rien d'unique ni de spécial. C'est un fait de pathologie générale qui a beaucoup d'analogues. Plusieurs maladies aiguës offrent le même caractère : ce sont celles surtout qui donnent lieu à une suppuration des muqueuses ou des parties profondes.

La plaie d'un amputé, par exemple, le met dans une disposition ou diathèse telle, qu'il risque l'infection purulente, l'érysipèle, la phlébite et les embolies.

L'état puerpéral offre une disposition semblable : les érysipèles y sont fréquents, la péritonite, la diphthérie, y sont contenues en puissance. Avant l'accouchement même, l'érysipèle peut survenir. Le rhumatisme s'y rencontre assez souvent. L'albuminurie est également une de ses dépendances ; la manie, etc. Cet ensemble forme une série morbide.

L'uréthrite blennorrhagique a sa série morbide, l'état puer-

péral à la sienne Il a suffi de cette suppuration particulière de l'urèthre, il suffit de cette plaie d'amputé, il suffira de cet état particulier de l'utérus pour ouvrir la porte à tous ces accidents morbides si variés, mais exempts de banalité, car à chaque cause spéciale correspond une série spéciale. Elles sont comparables, mais non semblables. Ce sont des séries morbides parallèles qu'il faut rapprocher sans les confondre et qui s'expliquent mieux en les comparant.

Pourquoi refuser à ces états morbides complexes le nom de *diathèse?* Préférer dire *disposition spéciale* serait refuser le grec pour le français. Au fond, on ne peut en nier l'évidence.

La seule différence qu'il y ait entre ces diathèses transitoires et la goutte, le rhumatisme, la dartre, c'est que les unes n'agissent que pendant peu de temps, et sous l'influence d'un accident passager qui en est la raison d'être, tandis que les autres durent toute la vie. Encore voit-on disparaître des diathèses congénitales telles que la scrofule.

Les fièvres offrent aussi un état diathésique : ainsi la rougeole contient en puissance, non pas seulement une éruption à la peau avec une bronchite ou la pneumonie, mais un état analogue au scorbut, et consistant en gangrènes de la bouche et de la vulve, en phlyctènes sanguinolentes à la peau, stomatite ulcéreuse, laryngite gangréneuse, etc.

La scarlatine contient : le croup, l'albuminurie, le rhumatisme, la chorée.

Rien ici n'est banal, on ne fera pas que la rougeole ait la même série que la scarlatine.

En disant que ce sont là des *complications*, c'est une fin de non-recevoir, un pléonasme, une paraphrase. Sans doute, ces lésions multiples *compliquent* la situation du malade ; mais ces *complications sont spéciales*, fatales, prévues, propres à cette maladie-ci et non à celle-là, et contenues en puissance dans l'accident initial qui a la valeur d'un fait spécifique.

Quant aux explications anatomiques ou physiologiques à l'aide desquelles nous voudrions satisfaire notre désir de savoir comment ces suites découlent de ce commencement, elles sont peu satisfaisantes. Ici, c'est la prétendue introduction du pus dans les veines ; là, c'est une inflammation qui se transmet de l'utérus aux reins, et de là gagne de proche en proche ; ou bien ce sera une poussière embolique, une intoxication ; ou bien ce seront les actions réflexes. Ces explications n'expliquent rien.

Le fait reste, fait important, fait général qui englobe une foule de maladies, parmi lesquelles la blennorrhagie occupe une place qui n'est pas privilégiée. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier.)

Diathèse hémorrhagique. — Voy. Hémorrhagie.

Traité élémentaire des diathèses, par le docteur Castan, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, etc., etc. 1 vol. in-8° de 467 pages. Paris et Montpellier. Suite à son *Traité des fièvres*, publié en 1864, qui, comme celui-ci, forme un groupe nosologique et destiné avec ceux qui suivront à faire un traité de pathologie interne. C'est donc sous une forme claire, simple, concise, élémentaire, le résumé de ce qui était connu sur les types pathologiques considérés par l'auteur comme ayant seuls le caractère diathésique, savoir : le tubercule, la pierre, le cancer, la scrofule, les dartres et la syphilis.

Après avoir montré la différence de la *maladie*, état local, avec l'*affection*, état général, et les dissidences à ce sujet entre les représentants de l'école de Paris et ceux de l'école de Montpellier, M. Castan arrive à la distinction des maladies aiguës avec les maladies chroniques pour mieux faire saisir les caractères de la diathèse et ses diverses manifestations. Il en rappelle les principales définitions, depuis Hildenbrand jusqu'à lui, et les discute à son point de vue avec une grande indépendance, en mettant toujours et trop exclusivement Paris en présence de Montpellier. Tandis que la *disposition* de Chomel, la *condition organique* de M. Nonat, l'*état général* de M. Monneret, le *besoin anormal* de M. Baumès, ne sont pour lui que des définitions obscures, étroites et incomplètes de la diathèse, celle de M. Jaumes lui paraît beaucoup trop large en l'assimilant simplement aux affections dont elle ne serait qu'une manière d'être spéciale, un mode particulier, un qualificatif morbide. La *condition morbide dominante* de M. Bouchut, les *états morbides constitutionnels* de M. Gueneau de Mussy, et surtout l'*affection morbide, spécifique, persistante, générale, chronique* de M. Anglada, expriment bien mieux, suivant notre auteur, l'idée et la réalité de la vraie diathèse qu'il définit lui-même : *Une affection morbide, constitutionnelle, par conséquent chronique, persistante, pouvant rester plus ou moins longtemps latente, dont les manifestations, portant sur la sensibilité, la motilité ou la plasticité, et se développant toutes sous l'influence d'une même cause, sont in-*

capables de résoudre l'affection primitive ni en fait, ni en tendance.

A défaut de la concision, qualité essentielle de toute définition, voyons du moins si celle-ci est juste. Si la diathèse procède du tempérament, et se confond, s'identifie avec lui, comme le reconnaît justement M. Castan, pourquoi rejeter la diathèse nerveuse admise par M. Jaumes? Qui en a mieux les caractères sus-énoncés que certaines névroses, l'hystérie, l'épilepsie, le nervosisme, que rien ne peut détruire chez certains sujets? Parce qu'elle ne s'accompagne pas absolument de lésions anatomiques — qu'en savez-vous? — et pour les besoins de l'enseignement, répond l'auteur. Motif spécieux qui ne saurait prévaloir contre la réalité clinique. S'il y a là les caractères diathésiques, il faut le reconnaître et le proclamer hautement envers et contre toute convenance factice. La vérité n'a pas de ces *mezzo termine* et doit seule être respectée. Autrement, c'est faire de la médecine un jeu de mots au lieu d'une science d'observation.

En faisant de la diathèse une affection irréductible « n'abandonnant jamais le sujet qu'elle a attaqué », l'auteur s'est manifestement mis en contradiction avec plusieurs de ses manifestations, notamment de la scrofule, qui disparaît définitivement, dans bon nombre de cas, après la puberté ou qui se transforme en tuberculose. Et puis, comment faire toujours de la syphilis une diathèse, quand, dans la majorité des cas, elle est acquise et ne dure qu'un temps limité? Et le rhumatisme, n'est-il pas souvent accidentel? Il y a donc évidemment plusieurs réserves à faire dans cette prétendue uniformité. Telle de ces affections, héréditaire ou acquise, est diathésique ici et ne l'est pas là. Tout dépend de la qualité morbifique de la graine et surtout du terrain, du tempérament où elle tombe, germe et se développe, et, pour beaucoup aussi, à la manière dont on en combat le développement. Ce qui revient à dire, comme M. Jaumes, « que la diathèse est une qualité prise par *certaines* affections. » M. Castan, en tentant de l'unifier et de la restreindre à quelques-unes, nous semble avoir trop cédé et sacrifié à la doctrine et au dogme, même pour une œuvre classique, au préjudice de la réalité clinique.

Un rapport fait à la Société de médecine de Bordeaux, par M. le docteur Cuigneau, sur la question des prix pour 1867 — l'herpétisme — et dont le docteur Caisso (de Montpellier) a été

l'heureux vainqueur, montre bien que l'école de Bordeaux, on ne le sait pas assez, tient le milieu entre le vitalisme exagéré, l'ontologisme de Montpellier et l'organicisme, l'anatomisme de Paris, et trouve souvent ainsi la vérité entre ces deux points extrêmes. Admirant la prescience, l'intuition des anciens sur le rôle immense des liquides, des humeurs dans tous les actes pathologiques, le rapporteur montre qu'à défaut des moyens d'investigation modernes, actuels, ils y cherchaient surtout la cause des affections générales, constitutionnelles, diathésiques, par des explications, des hypothèses, des suppositions dont les mots *crase*, *coction*, *crise*, *âcretés*, sont l'expression. Bichat, dans un élan de son génie, attribua de même aux tissus les propriétés des éléments anatomiques découverts depuis. La nutrition ou rénovation moléculaire incessante de tout l'organisme, suivant qu'elle s'opère bien ou mal, normalement ou anormalement, paraît ainsi rendre compte à M. Cuigneau des modifications hygides ou pathologiques de l'organisme, et, par conséquent, des affections générales, des diathèses. Il attribue ainsi l'herpétisme, sinon le rhumatisme, à une abnormité initiale par aberration avec composition élémentaire isomérique, — interprétation qui, en raison de la lenteur continue et la généralité de la nutrition, explique les manifestations de ce qu'il appelle les *diamorphoses* herpétiques sans recourir au principe âcre, mauvais, ferment, virus se portant, se fixant tour à tour ici ou là, — tandis que la scrofule, le tubercule, le cancer, seraient dus à des abnormités par déférence de composition en raison des produits plastiques spéciaux qui en sont les conséquences ultimes. (*Union médicale de la Gironde.*)

DIGITALE. Pharmacologie. Voici les causes qui donnent une activité plus grande à la poudre de digitale préparée à Strasbourg et qui assurent la constance de ses effets.

M. Hepp ne prend que les feuilles de la seconde année, récoltées un peu avant la floraison, et exclut avec soin les feuilles de première année, qui sont plus belles et que le commerce admet de préférence, mais qui contiennent moins de principe actif. La digitale, en effet, est une plante bisannuelle, et c'est dans la seconde année, au début de la floraison, que les feuilles possèdent toute leur vertu médicinale. Chaque année, M. Hepp renouvelle sa provision, de sorte qu'il n'emploie jamais les feuilles ayant plus d'une année de conservation ; ainsi l'hôpital

de Strasbourg, au mois d'août, est déjà alimenté par la récolte de l'année. Les feuilles sont d'abord séchées à l'ombre, puis la dessiccation est achevée dans une étuve, dont la température ne dépasse pas 40 degrés. Loin de prendre la plante tout entière, on se borne à la feuille, dont le triage est fait à la main, en rejetant toutes les feuilles altérées. La partie parenchymateuse de la feuille est seule utilisée ; on enlève avec soin les nervures médianes. Les feuilles ainsi préparées sont conservées dans des boîtes de fer-blanc ou dans des flacons de verre à l'abri de la lumière et de l'humidité. Les soins que l'on emploie pour la conservation du thé de Chine sont tout aussi nécessaires, suivant la remarque de M. Hepp, à la conservation des plantes médicinales. Les feuilles sont ensuite réduites en poudre au fur et à mesure des besoins de la consommation, pour deux mois au plus et par quantités de 200 grammes environ. L'infusion est faite avec la poudre et non avec la feuille intacte ; l'action de l'eau distillée est prolongée pendant trente minutes, à la température de 70 degrés ; la poudre épuisée est séparée au filtre. Pour une infusion ainsi préparée, la dose de 1 gramme de poudre dans 100 grammes de véhicule est une forte dose et qui n'est pas habituellement prescrite. Avec 50 centigrammes de poudre on obtient rapidement les effets caractéristiques de la digitale. A Strasbourg, les doses ordinaires pour les vingt-quatre heures varient entre 20 et 75 centigrammes pour 100 grammes d'infusion ; 50 centigrammes est la dose moyenne.

M. Hepp a évalué le titre de la digitale qu'il emploie à 5 grammes de digitaline par 1000 grammes de feuille ; 1 gramme de poudre, représenterait environ 5 milligrammes de principe actif, sans vouloir affirmer l'identité d'action. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

M. Bérenger-Féraud l'a de nouveau administrée contre la blennorrhagie avec grand succès surtout contre les érections. — Voy. BLENNORRHAGIES, MANIE, RHUMATISME.

Essai sur la digitale et son mode d'action, par le docteur Legroux. Thèse inaugurale de 94 pages in-8°.

Adoptant la doctrine à peine ébauchée par Hutchinson de l'action primitive de la digitale sur les petites artères périphériques, opinion étayée ensuite des bons résultats cliniques obtenus par Duncalfe de son emploi contre les embarras de la circulation capillaire, puis démontrée par des expérimentations

diverses, M. Legroux conclut que, à dose thérapeutique, cette action élective, directe de la digitale, s'exerce sur les nerfs vaso-moteurs des capillaires. L'équilibre du cœur et des capillaires étant indispensable à la régularité de la circulation, ce n'est, d'après lui, que par cette contractilité des capillaires, et la tension artérielle en résultant, que le cœur en est secondairement influencé et que la circulation se régularise. Toutes les raisons physiologiques, pathogéniques et thérapeutiques, que l'auteur puise dans son instruction étendue, sont invoquées à l'appui; mais on ne peut s'empêcher de remarquer que cette théorie se base sur une découverte toute récente à laquelle on s'empresse d'attribuer un bien grand rôle et tout ce que l'on ne peut expliquer autrement. Il nous eût semblé préférable, pour amener la conviction, que, mettant à profit son internat dans les hôpitaux, l'auteur l'ait appuyée de quelques bonnes observations cliniques.

Un index bibliographique de 164 ouvrages sur ce sujet, de 1535 à 1867, termine cet ouvrage; cela suffit à le recommander.

DIPHTHÉRITE. *Inoculation*. Malgré les expériences négatives de l'inoculation de la diphthérite aux animaux, voici un exemple de sa réalité de l'homme à l'homme recueillli par le docteur Paterson. Un homme de quarante-trois ans, ayant eu ses trois enfants atteints de diphthérite à laquelle ils succombèrent, tenta, chez le dernier, d'extraire du gosier l'obstacle qui semblait l'étouffer et introduisit à cet effet l'index droit. Or ce doigt avait une coupure au milieu de la surface palmaire survenue douze à quinze jours auparavant et à laquelle il ne faisait pas attention. Aussitôt la plaie s'enflamme et devient très-douloureuse, la fièvre s'allume avec malaise général. Une ulcération se forme au niveau de la deuxième phalange, avec exsudation membraneuse jaunâtre et molle, et suppuration ichoreuse et fétide. La peau de la région dorsale est d'une couleur violacée, comme les bords d'une ulcération phagédénique; le doigt est froid et les fléchisseurs en partie contractés. Aucune trace de diphthérite dans la bouche ni la gorge. La plaie fut cautérisée; une eschare superficielle s'en échappa et mit à nu une surface variable. Néanmoins, les symptômes généraux s'aggravèrent; le pouls devint intermittent, petit, et montrèrent qu'il y avait là une affection générale. Ce ne fut qu'après une semaine que tous ces accidents disparurent.

Comme preuve qu'il s'agissait bien là d'une diphthérite communiquée, c'est qu'un mois après il survint de la pesanteur de tête avec faiblesse de la jambe droite. Le malade ne pouvait s'y tenir debout ; il y avait paralysie évidente des extenseurs ; le bras droit était pendant et impuissant. Pas d'albumine dans les urines. Cet état ayant été considéré comme un ramollissement cérébral et traité en conséquence, la paralysie du mouvement augmenta et s'étendit aux deux côtés. Dès que M. Paterson eut administré la strychnine, au contraire, la température s'éleva, des contractions musculaires survinrent et bientôt les mouvements se rétablirent dans l'ordre inverse qu'ils avaient cessé jusqu'à parfaite guérison. (*Med. Times*, décembre 1866.)

Ce fait a sans doute tous les éléments d'une expérience directe et décisive, mais cette transmission, cette contagion virulente n'est-elle pas bien mieux prouvée par l'intoxication de ces médecins courageux comme Valleix, Gillette, le professeur Weber et ses deux aides tout récemment, et tant d'autres qui ont payé de leur vie leur dévouement à leurs malades, dévouement d'autant plus admirable que, connaissant le danger, ils l'ont abordé résolûment, comme le capitaine sur le champ de bataille. Ce qui est naturel d'un père envers son enfant est tout simplement héroïque de la part du médecin.

Acide phénique. M. Sedgwick le prescrit en gargarisme suivant cette formule :

℞ Acide carbolique ou phénique......	20	gouttes.
Acide acétique................	2	grammes.
Miel........................	8	—
Teinture de myrrhe..............	3	—
Eau........................	150	—

Mêlez.

Ce gargarisme s'est montré aussi efficace administré au début de la maladie, qu'inutile à une période avancée. On le porte dans la gorge des enfants au moyen d'une éponge. (*Canada med. Journ.*)

Inhalations iodées. Elles sont recommandées par M. Waring-Curran dans les proportions suivantes :

℞ Iode........................	20	centigr.
Iodure de potassium............	20	—
Alcool......................	12	grammes.
Eau........................	120	—

Ajoutez ce mélange à une pinte de vinaigre dans lequel on aura fait macérer une poignée de sauge, et placez dans un vase à inhalations en augmentant graduellement et rapidement la dose de la solution iodée, selon l'âge et la tolérance du malade, l'intensité de la maladie, etc. On va jusqu'à 12 inhalations de douze minutes chacune par jour, pour un adulte. A défaut d'appareil, il suffit de placer le tout dans une théière placée sur une lampe et de faire inhaler les vapeurs par le goulot. 17 succès, dont 3 sont relatés *in extenso*, ont été obtenus par cette médication (*Lancet*, octobre). Médication ayant une certaine analogie avec les inhalations mercurielles préconisées tout récemment. — Voy. CROUP.

DIPSOMANIE. Recherchant l'étymologie de ce mot, que les auteurs classiques font synonyme d'alcoolisme, de délirium tremens, M. Foville, dans des recherches d'une savante érudition, remonte aux origines et fait voir la différence de ces mots ; sur celui-ci, en particulier, rapporté à un médecin allemand, Bruhl-Cramer, exerçant à Moscou, il montre que Salvagnoli, médecin italien, exerçant dans la même ville, avait décrit avant lui cette monomanie singulière, et que c'est à lui qu'en revient l'honneur et le mérite de la priorité. (*Archives de méd.*, octobre.)

DOCTRINES MÉDICALES. *Lettres médicales d'un vétéran de l'école de Bretonneau*, adressées à M. le professeur Trousseau et autres, pour mettre un terme à des erreurs professées sur les maladies éruptives et sur la spécificité, par le docteur Miquel (d'Amboise), un volume in-4°, avec 4 planches, Tours et Paris, librairie *Germer Baillière*. En revendiquant d'une manière très-accentuée en faveur de la spécificité contre Trousseau, l'apôtre le plus éclairé, le plus fervent de cette doctrine, et le plus capable de la propager si elle eût pu l'être, M. Miquel s'est exposé à passer pour un de ces ultra-absolus que comptent tous les systèmes, toutes les doctrines comme tous les partis. Il passe successivement en revue à cet effet la scarlatine et ses complications, l'albuminurie, la dothiénenterie, la dysenterie, la variole, le rhumatisme, les névroses, l'hydrocéphalie, la diphthérite, etc., pour prouver la spécificité de ces maladies et en montre les caractères à l'aide de très-nombreuses observations, en réponse aux arguments contradictoires

invoqués dans la *Clinique de l'Hôtel-Dieu.* Mais tous ces faits, racontés comme dans une causerie, avec une foule de détails inutiles et sans ceux que comporte et réclame une observation clinique, sont loin d'emporter la conviction et ne contre-balancent nullement l'interprétation que leur a donnée Trousseau.

DYSENTERIE. *Mudar* est le nom indien donné au *Calotropis gigantea* qui croît en abondance dans les terrains incultes et sablonneux, et dont la poudre de l'écorce de la racine a été employée avec succès pour la première fois comme succédané de l'ipécacuanha dans la dysenterie aiguë. (*Indian medic. Gazette.*)

DYSPEPSIE. *Levain.* Chez une dame dyspeptique que les eaux d'Evian avaient soulagée, ainsi que les sirops de pepsine et de malt, M. le docteur Bergeret eut l'idée, en réfléchissant au phénomène de la fermentation lactique de la pâte, d'y soumettre sa malade en lui faisant boire, après chaque repas, un verre d'eau tenant en solution une cuillerée à café de levain. Une amélioration s'ensuivit, et les digestions devinrent satisfaisantes. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, octobre.)

DYSTOCIE. *Complication des présentations de la tête.* Le bras placé derrière l'occiput a été considéré par le professeur Simpson comme une simple difficulté de l'accouchement, en augmentant d'autant le diamètre occipito-frontal. Cette difficulté est donc subordonnée, suivant cette interprétation, au volume de la tête, tellement que, celle-ci étant peu volumineuse, l'obstacle a pu être franchi sans intervention de l'art. Mais cette complication rare constitue, suivant le professeur Playfair, un autre obstacle bien plus redoutable par la fixation, l'arrêt du bras sur le bord de l'orifice pelvien au point d'enclaver la tête et de s'opposer absolument à son dégagement, même avec le forceps. C'est ainsi que, le 6 janvier dernier, il dut recourir à la crâniotomie. La tête en troisième position, presque au couronnement, immobile, n'avait pu être dégagée par deux applications successives de forceps faites par deux confrères différents. L'état précaire de la femme, multipare, exigeant une prompte délivrance, fit appeler M. Playfair, qui trouva, en effet, la fontanelle antérieure derrière le trou ovale gauche, mais à un niveau plus bas que la postérieure. L'arcade

orbitaire et la racine du nez étaient aisément atteintes avec l'index. Pensant que la difficulté venait du défaut de flexion du menton sur le sternum, il employa le levier pour corriger cette position et faciliter la rotation de la tête, mais en vain ; la tête ne bougea pas. Le forceps fut appliqué une troisième fois sans plus de succès. L'état de la femme commandant d'agir sans délai, la perforation du crâne fut pratiquée, et néanmoins la tête resta immobile, même en tirant dessus avec le crochet. L'index, en la contournant aussi haut que possible, ne rencontrait cependant aucun obstacle. Les os furent dès lors brisés et enlevés avec les téguments, et ce n'est que par la force de traction des doigts engagés dans les orbites que la face se montra et que la tête fut expulsée en deux douleurs.

C'est alors que le bras de l'enfant fut trouvé placé sur le cou en arrière, selon la manière décrite par sir J. Simpson, et vint rendre compte de cette difficulté extrême. Le défaut de flexion ordinaire de la tête avait empêché de percevoir cette position : mais il devenait évident que, engagé, pris comme un coin sur le bord du pelvis, la diminution du volume de la tête ne pouvait suffire à surmonter l'obstacle du bras dès qu'il n'était pas déplacé ; ce n'est qu'au dégagement de la face que, repoussé en haut par l'ascension correspondante de l'occiput, cet obstacle fut déplacé.

En pareil cas, le déplacement du bras et son extraction suffiraient donc probablement à assurer un accouchement naturel. A défaut de succès dans cette manœuvre, c'est à la version qu'il faudrait recourir. (*British med. Journal*, février.)

— Un cas rare de dystocie provenant du fœtus, et peut-être unique dans la science, ayant encore, quant au diagnostic, une grande importance, a été observé, le 7 août dernier, à la Charité de Lyon, sur une primipare de vingt-quatre ans. Au centre même de l'orifice utérin dilaté se trouvait une masse globuleuse dont la forme, la surface et la consistance, ne se rapportant à aucune partie normale du fœtus, laissaient une grande indécision dans l'esprit de l'accoucheur. En arrière et un peu au-dessous de cette tumeur, on arrive à toucher l'épaule droite placée en deuxième position. Tumeur et épaule tendent à s'engager simultanément en se faisant réciproquement obstacle. L'accouchement, terminé heureusement pour la mère par la version, montre un goître kystique uniloculaire gros comme un poing d'adulte, ovoïde, sans adhérences superficielles, occu-

pant tout le côté droit de la région cervicale antérieure et faisant également saillie à gauche. La fluctuation est plus ou moins tranchée. Formé, en effet, de parois épaisses, charnues, cartilagineuses, il renferme dans ses loges un liquide jaune citrin, limpide, avec des amas de matière amorphe d'un blanc jaunâtre. (*Journ. de méd. de Lyon*, septembre.)

Le goître congénital ayant certaines proportions est donc à la fois une cause de dystocie et de mort pour l'enfant. Il serait intéressant de rechercher et d'établir, au point de vue de l'hérédité, si, dans les pays à goître, ce fait se présente plus souvent qu'ailleurs et si les accoucheurs ont souvent l'occasion de constater un développement anormal de la thyroïde ; nouveau sujet d'études pour les praticiens laborieux.

Rétrécissements. *Forceps ou version?* Cette question souvent posée est résolue de la manière suivante par M. Delore. Basé sur des expériences, il admet que le forceps est un instrument défectueux d'extraction quand la tête doit se réduire de plus de 1 centimètre pour franchir le détroit rétréci. Par la version, au contraire, la réductibilité de la tête s'opère également suivant l'allongement vertical qu'avec le forceps et beaucoup mieux dans les diamètres transverses. Ainsi une tête de fœtus très-malléable, d'un diamètre occipito-frontal de 10 centimètres, en position occipito-pubienne directe et non fléchie dans un bassin de 8 centimètres de diamètre sacro-pubien, étant saisie suivant son diamètre transverse et tirée avec une force de 90 kilogrammes ne passe pas, tandis qu'une traction de 5 kilogrammes suffit à la faire passer par la version. Six expériences consécutives ont donné le même résultat.

Il attribue cette différence à ce que l'angle sacro-vertébral légèrement saillant, faisait une dépression au milieu du frontal et s'arc-boutait contre les os propres du nez qui formaient ainsi un obstacle insurmontable dans le premier cas. La déflexion ne peut alors se faire, et le diamètre occipito-frontal se présente ainsi forcément au détroit supérieur. C'est le contraire par la version.

Un résultat analogue dans les positions transversales tend à montrer que la différence de la voûte rend compte de ce résultat. Avec le forceps, l'obstacle est une voûte dont le point d'appui, la base du crâne, est solide. Dans la version, c'est le sommet de la tête réductible et mobile.

Tandis que la tête peut être ramenée en position parfaitement transversale par la version, c'est-à-dire avec les plus petits diamètres du bassin, il n'est pas à beaucoup près aussi facile de la fixer avec le forceps.

Enfin des tractions suffisantes pouvant être exercées sur le cou du fœtus surtout avec accrochement du maxillaire inférieur, M. Delore n'hésite pas à conclure de ses expériences et des résultats obtenus que la version est préférable au forceps. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 44.)

Tout en convenant qu'en pratique la chose est beaucoup plus difficile à juger que par l'expérimentation, M. Delore juge ainsi de celles-ci à celle-là avec beaucoup trop d'assurance. Ce n'est pas par des expériences cadavériques que ces questions peuvent se résoudre, mais sur le vivant.

Quoi qu'il en soit, le procédé nouveau de M. Pajot peut faciliter l'embryotomie lorsque, la version étant faite, la tête ne peut passer. — Voy. EMBRYOTOMIE.

Emploi de la force. Diverses expériences ont été faites dans ces derniers temps pour l'évaluer, la mesurer, la régler, et cela à propos de nouveaux instruments inventés à cet effet. M. Joulin, qui a aussi son *aide-forceps*, estime que la réduction de la tête ne peut être portée sans dangers au-delà de 15 millimètres avec une force qui varie de 35 à 60 kilogrammes. Dans les rétrécissements de 75 millimètres, les appareils à traction peuvent donc amener un enfant vivant avec une force inférieure à 60 kilogrammes. Dans l'application manuelle du forceps, ce résultat ne peut être obtenu que par les tractions à deux représentant 120 kilogrammes; mais l'effort musculaire étant intermittent, irrégulier, cette force n'est jamais atteinte. Les tractions mécaniques, au contraire, progressives, soutenues et réglées par le dynamomètre sont bien plus efficaces. Leur maximum d'action ne se manifeste qu'à la fin de l'opération et elles favorisent ainsi les parties maternelles et fœtales à se mouler réciproquement. C'est ainsi que l'aide-forceps, en exigeant une force moindre pour accomplir un travail égal, diminuerait les compressions tant à redouter et préviendrait ce danger (*Acad. de méd.*, janvier).

Mais toutes ces propositions ne sont-elles pas plutôt théoriques, spéculatives que pratiques? L'auteur se borne à avancer à l'appui que, sur 253 cas de céphalotripsie, la mortalité de la mère et de l'enfant avait été de 65 pour 100, tandis que sur 37 cas de

l'emploi de forces énergiques manuelles ou mécaniques, elle ne s'était élevée qu'à 43 pour 100. L'avantage serait ainsi en faveur de ces derniers. Mais quelle parité établir entre ces cas pris ici et là. On sait toute la gravité de la céphalotripsie à laquelle on ne recourt que comme dernière ressource et quand la force paraît insuffisante. N'employer celle-ci que dans ces cas extrêmes, ne serait-ce pas en augmenter infailliblement la mortalité, puisqu'il résulte même des expériences ci-dessus que l'on peut obtenir jusqu'à 5 centimètres de réduction dans les diamètres de la tête fœtale en déployant une force énorme, mais en faisant courir les plus grands dangers au fœtus ? Diminuer la mortalité de la mère par ce moyen n'est donc que pour augmenter celle de l'enfant.

Distension énorme de la vessie du fœtus. Dans un cas de présentation du sommet chez une primipare de vingt-et-un ans, dont les règles étaient apparues le 9 juin pour la dernière fois, les premières douleurs se déclarent le 2 janvier suivant par un frisson et des vomissements. Aussitôt les mouvements du fœtus cessent. Dilatation moyenne. Il y a un chevauchement des os du crâne, néanmoins la tête n'avançait guère. Application du forceps. La tête dehors, un obstacle se manifeste pour extraire le tronc ; la tête se sépare bientôt en tirant dessus, puis un bras, puis le cordon flasque et mou qui était enroulé autour du cou. Enfin, on constate que l'obstacle à l'extraction est dû à une distension énorme du ventre tendu et fluctuant. La ponction, pratiquée avec l'indicateur, donne issue à un fort jet de liquide et est suivie de l'expulsion de l'enfant. En voici l'examen nécropsique par M. le docteur Kristeller, qui l'a présenté à la Société gynœcologique de Berlin.

Squelette normal à part deux pieds-bots légers, d'un fœtus de sept mois. Surface énorme des parois abdominales formant de longs plis transversaux ; cordon mince à moitié putréfié, absence d'orifice anal. La peau du sacrum se continuait directement sans enfoncement ni fossette avec le périnée où n'existe aucun orifice génital ni urinaire. Une petite saillie mamelonnée existe au mont de Vénus entre deux petits replis cutanés qui la recouvrent comme un clitoris rudimentaire entouré des lèvres, mais la sonde ne parvient encore ici dans aucun canal. On trouve dans l'abdomen, en dehors du péritoine, un grand sac de 45 centimètres de pourtour, ayant tous les caractères de la

vessie, sans orifice excréteur, et où pénètre seuls les uretères à droite et à gauche ; uretères distendus et montant en ligne droite aux reins. Le cordon ombilical tient à ce réservoir sans communiquer avec lui. Au-dessus se trouvent deux canaux rougeâtres, parallèles, de 3 centimètres de long et paraissant représenter la trompe et les ovaires. Le gros intestin se termine en cul-de-sac, appuyé contre la paroi postéro-supérieure du sac urinaire. (*Union méd.*, n° 125.)

Il est manifeste qu'il s'agit ici d'une monstruosité n'offrant au point de vue obstétrical qu'un de ces obstacles rares, exceptionnels, qui ne peuvent être érigés en exemple ni servir d'enseignement. En pareil cas, néanmoins, il serait préférable de ponctionner la tumeur avec un long trocart amenant le liquide au dehors plutôt qu'avec le doigt pour répandre ce liquide dans les organes maternels, à cause des effets nocifs qui peuvent en résulter.

E

ÉCLAMPSIE. Étiologie. M. le docteur Courvoisier en range toutes les manifestations sous les quatre chefs suivants :

Eclampsies uroémiques ;
Eclampsies désalbuminémiques ;
Eclampsies réflexes ;
Pseudo-éclampsies.

Et quel que soit le moment où elles éclatent avant, pendant et après l'accouchement, les indications thérapeutiques sont de deux sortes : générales, les émissions sanguines et la saignée en particulier ; spéciales, c'est-à-dire la provocation de l'accouchement. (*Soc. méd. du Haut-Rhin; Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 4.)

Ces moyens sont trop absolus et limités. Si l'accouchement est terminé, par exemple, et que les saignées soient inefficaces ou inapplicables, comme c'est souvent le cas, que faire ? Faudra-t-il rester simple spectateur de ces affreuses convulsions qui effraient tout le monde ? On en ferait un crime au médecin, et il doit toujours chercher dans les inhalations chloroformiques ou d'autres moyens analogues, une atténuation au danger qui menace la pauvre femme et qui se dissipe et disparaît souvent par ces simples moyens.

Contrairement à une opinion préconçue, les épileptiques semblent moins exposées aux attaques d'éclampsie que les autres femmes. Leurs causes productrices paraissent antagonistes. Sur 10 femmes épileptiques observées à la maternité de Toulouse, aucune n'a eu ni accès d'épilepsie pendant l'accouchement, ni attaques d'éclampsie avant, pendant ni après (*Rev. méd. de Toulouse*). Il en résulte une donnée positive sur la pathogénie spéciale, sinon de l'étiologie, de l'éclampsie comme névrose.

ECZÉMA. Après avoir essayé comparativement dans un grand nombre de cas d'affections dartreuses, notamment contre l'eczéma, les diverses préparations arsénicales, M. le docteur Vignart aîné a été conduit à préférer l'arséniate de fer qui peut être administré pendant longtemps à doses élevées sous la forme suivante sans donner lieu à des accidents toxiques :

℞ Arséniate de fer..................	5 grammes.
Chlorhydrate de morphine............	25 centigr.
Extrait de gentiane................	Q. S.

Pour 100 pilules.

1 à 4 par jour pour un adulte à l'heure du repas. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

ÉLECTRICITÉ. De jour en jour, son emploi s'étend davantage. M. le docteur Brébant l'a appliquée efficacement à l'atonie utérine, soit pour ranimer les contractions, soit pour faire cesser les hémorrhagies *post partum*, et de même le docteur Packard, de Philadelphie, l'a employée avec succès contre l'asphyxie des nouveau-nés. A défaut d'avoir pu signaler ces nouvelles applications en temps voulu, nous y reviendrons l'année prochaine.

Algométrie électrique. Par de nombreuses expériences avec l'appareil de Ruhmkorff, sur 23 personnes en santé et 73 aliénés de tout genre, tendant à mesurer, graduer le degré de sensibilité douloureuse électrique, suivant les parties de la peau et ses rapports avec la sensibilité tactile, — les détails en étant longuement exposés, — M. le docteur Lombroso est arrivé aux conclusions suivantes :

I. La sensibilité électrique douloureuse a son maximum au gland, le cou, la face, et son minimum aux membres inférieurs, et surtout aux pieds.

II. Variable chez les divers individus, elle est plus grande chez les femmes et les personnes ayant la peau fine, sensible et d'une plus grande intelligence, tout en restant proportionnée suivant les diverses régions du corps.

III. Elle est moindre chez les déments, les pellagreux et les mélancoliques apathiques, et augmentée chez les déments éréthiques.

IV. Chez les premiers, et surtout chez les seconds, la contractilité des extenseurs est moindre que celle des fléchisseurs.

V. Aucun aliéné ne présente d'insensibilité au front; elle est même plus grande chez plusieurs que sur les personnes en santé. Chez beaucoup de déments et de pellagreux et quelques maniaques, elle est diminuée et presque abolie à la racine du nez et à la nuque.

VI. Son maximum est où l'épiderme est le plus fin, où les expansions sensitives de la cinquième paire se distribuentet où les extrémités des autres nerfs sont le plus superficielles.

VII. La coïncidence avec la sensibilité tactile est soumise à ces conditions anatomiques, à l'exception du front, de la main et du pied.

VIII. Les individus et les régions du corps les moins sensibles à la douleur électrique le sont également aux lésions traumatiques et chimiques, et *vice versâ.*

IX. Bien que la contractilité électrique soit parallèle à la douleur, des individus et des régions peu impressionnables à la sensibilité éprouvent une prompte et énergique contractilité.

X. Le courant électrique douloureux augmente les battements du cœur chez l'homme sain et l'aliéné.

XI. Dans les parties momentanément soumises à la congélation aiguë, la sensibilité électrique diminue un peu, tandis qu'elle augmente dans la chaleur humide et surtout lorsqu'une partie est brusquement soumise à cette transition. (*Ann. univ. di med.*, avril.)

De l'aveu même de l'auteur, le célèbre Leyden s'était occupé du même sujet dès 1864 (*Untersuchungen über die sensibilitat in gesunden und Kranken Zustande.* Berlin). Mais, outre qu'il n'a pas agi sur certaines parties du corps, il n'a mesuré que le degré de la sensation électrique sans aller jusqu'à la douleur. Celui-ci est donc plutôt la suite du travail du savant Allemand qu'une compilation, il le complète et le confirme.

The medical use of electricity. Emploi médical de l'électricité et de son influence spéciale comme tonique dans les névralgies, le rhumatisme, la dyspepsie, la chorée, les paralysies et autres affections provenant d'une debilité générale avec observations cliniques; par les docteurs Beard et Rockwell. 65 p. in-12, New-York.

ÉLÉPHANTIASIS. *Ligature de l'artère.* L'efficacité de ce moyen de traitement a été confirmée par un nouveau et très-brillant succès obtenu par le docteur M'Call Anderson, au dispensaire dermatologique de Glasgow, sur la jambe gauche d'une fille de seize ans, comme en témoigne ce tableau.

	Genou.	Mollet.	Cuisse.
A l'admission, le 22 juin 1866..	21 1/8 pouces angl.	26 7/8	23
Après un traitement arsénical et la compression le 10 septembre..................	17 2/8	26	23
Le 23 décembre, quatre jours après la ligature de l'iliaque externe................	15 1/2	21 1/2	23
A la sortie de l'hôpital, le 17 mai 1867..	15	17	21

(*Journ. of cutaneous med.*, n° 2.)

Il est juste après cela d'en signaler aussi les insuccès. Employé par M. le docteur Paterson (de Bahia) sur un garçon de dix-huit ans, atteint depuis cinq ans d'éléphantiasis du membre inférieur gauche et qui mesurait 23 centimètres à la cuisse et 21 au mollet, alors qu'il n'y avait que 12 et 11 centimètres dans les régions correspondantes du côté sain, cette opération échoua par le rétablissement consécutif de la circulation collatérale. En effet, les diamètres ci-dessus s'abaissèrent graduellement jusqu'à 19 centimètres à la cuisse et 17 au mollet dans les deux mois qui suivirent l'opération; mais pour reprendre une progression ascendante dès que l'opéré se leva et marcha. (*Gaz. med. da Bahia*, n° 19.)

Déjà un cas absolument semblable a été signalé par le professeur Fayrer (de Calcutta). Il y a donc là une cause d'insuccès utile à connaître pour se mettre en garde contre sa reproduction d'autant plus qu'elle est tout à fait indépendante de l'exécution opératoire.

Dressant la statistique des applications de ce nouveau mode

de traitement à propos du fait précité dont il fut l'opérateur, le docteur Buchanan n'en trouve que douze cas enregistrés dans la presse médicale anglaise (*Britisb. med. J.*, novembre). Il oublie ainsi celui de M. A. Richard rapporté dans ce Dictionnaire (Voy. *Année*, 1864), et celui de M. Paterson. C'est donc au moins 14 cas au lieu de 12, ce qui augmente d'autant la valeur de cette statistique, qui compte à ce jour 10 succès, 2 améliorations, 1 insuccès et 1 mort. Exemple de l'utilité d'un recueil international comme celui-ci des faits semblables de tous les pays.

Compression digitale. Les guérisons obtenues par la ligature ont donné l'idée à M. le professeur Vanzetti d'essayer la compression de l'artère comme dans l'anévrysme. C'était chez une servante de vingt-et-un ans, lymphatique, sourde, replète, entrée dans son service, ressentant une grande lourdeur dans la jambe droite et de la gêne dans les mouvements. Peau d'un brun foncé, circonférence dépassant de 10 centimètres au mollet et de 7 au cou-de-pied celle du membre opposé, gonflement uniforme, consistance très-rénitente : une pression très-forte n'y laisse pas de traces. Un sillon profond séparait l'enflure de la jambe de celle du pied.

Après avoir expérimenté pendant vingt jours, sans résultat, de l'élévation permanente du membre combinée avec une compression méthodique, M. Vanzetti fit commencer la compression digitale le 13 mars durant le jour seulement, et dès le 17, la circonférence du membre avait diminué de 2 centimètres, la dureté des téguments était beaucoup moindre et des rides se manifestaient au mollet. On suspendit et l'on reprit alternativement ce moyen aidé d'un bandage amidonné dans les intervalles, et après un mois de ce traitement la malade quittait l'hôpital à peu près guérie. Revue trois ans après, cette fille, qui n'avait cessé de porter son bandage amidonné, était parfaitement guérie (*Soc. de chir.*, octobre). Il suffit qu'un cas de mort ait suivi la ligature pour faire prendre ce procédé en considération.

Éléphantiasis du scrotum. Il est si fréquent au Bengale que de 1859 à 1865 inclusivement, les chirurgiens de Calcutta en ont eu à opérer 113 cas, dont 97 chez les Indous et 16 chez des Musulmans.

Le docteur Castelnovo a pu en observer aussi un certain nombre d'exemples pendant un long séjour sur la côte sud d'Afrique, et en faire connaître les détails dans un mémoire intéressant (*Ann. univ. di medicina*, 1865). Rebelle à tous les remèdes internes en raison même de sa nature histologique qui, d'après l'examen du docteur Bottini, est une hyperplasie des éléments cutanés et du tissu unissant sous-cutané avec hypertrophie des fibres élastiques et des glandes, cette *hypersclérose* de M. Castelnovo ne cède qu'à l'excision. Or, des 113 cas opérés ci-dessus, la mortalité a été de 21, ce qui donne la mesure de la gravité de cette opération. 9 cas d'infection purulente en montrent le danger principal. Dans 2 cas suivis de guérison, la tumeur pesait 35 livres et ce poids était de 64 livres dans un autre où l'hémorrhagie enleva l'opéré (*Med. Times*, février). Un spécimen de cette affection singulière est d'autant plus intéressant à connaître, qu'il a été observé en Europe où ils sont si rares, qu'il forme une véritable curiosité.

Nicolini Louis, âgé de quarante-neuf ans, ferblantier, entre à l'hôpital de Novarre le 6 octobre 1866 pour une tumeur énorme du scrotum qui a commencé il y a neuf ans par un prurit extrême du frein avec gonflement du prépuce. Elle descend au-dessous du genou où son diamètre le plus grand est de 84 centimètres. La surface en est uniforme et régulière, sinon à la partie médiane, où le prépuce, excessivement hypertrophié, fait saillie. La peau distendue laisse voir les follicules sébacés et les poils grossis comme à 50 diamètres. Sa couleur rosée devient livide dès que le malade marche. Légèrement onctueuse, elle est parsemée d'excoriations. Le pénis est entièrement caché, enfoncé dans cette tumeur; et le gland est à 8 centimètres du prépuce. L'urine coule ainsi goutte à goutte.

Tels sont les inconvénients de cette tumeur empêchant la marche, que l'ablation en est demandée et pratiquée comme suit : une sonde de gomme élastique étant placée dans l'urèthre, une incision curviligne à concavité supérieure est conduite à gauche de la symphyse pubienne jusqu'à quelques millimètres de l'anus. Un ample lambeau externe est ensuite disséqué, puis le testicule placé dans son involucre à l'état normal fut séparé et relevé avec un fil dans le pli de l'aine. Le même procédé fut répété à droite et les deux incisions, réunies ainsi en avant et en arrière, la tumeur qu'elles circonscrivaient fut excisée avec un large couteau à amputation en se guidant

sur la sonde introduite dans l'urèthre. Pas une ligature ne fut nécessaire. Les testicules replacés dans leur position naturelle, il suffit d'affronter les deux lambeaux et de les réunir avec des fils métalliques introduits avec le porte-fils de Marion Sims à cause de l'épaisseur et de la dureté du derme, pour que la réunion fût complète et que la guérison s'ensuivît sans accident. Le poids net de la partie enlevée était de 5600 grammes. (*Ann. univ. di med.*, juin)

Éléphantiasis variqueux. Un cas se confondant avec les varices lymphatiques a été rencontré par M. Verneuil sur un peintre en bâtiments de trente-neuf ans. Les deux cuisses sont augmentées de volume et de consistance, hérissées d'éminences papillaires ainsi que les bourses. La jambe est à peine atteinte et les pieds sont indemnes. Les aines présentent un engorgement ganglionnaire considérable avec tumeurs qui s'ouvrent et laissent échapper une certaine quantité d'un liquide séreux, jaunâtre, filant. Or, cette dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques est admise aujourd'hui en Angleterre et en Allemagne comme un des caractères de l'éléphantiasis, conformément à l'avis de Alard émis dès 1810 dans son ouvrage. (*Soc. de chir.*, juillet.)

EMBOLIE. — Voy. Goitre exophthalmique.

Embolie des artères iliaques. — Voy. Paralysie.

EMPHYSÈME PULMONAIRE. La présence d'une grande proportion d'acide urique dans l'urine des malades, déjà notée par les chimistes, a été confirmée à la clinique du professeur Tommasi chez deux emphysémateux qui ont donné à l'analyse une très-forte augmentation de cet acide dans leur urine.

D'où il suit que ce serait là un nouveau signe de cette maladie qui paraît dépendre de l'oxygénation imparfaite du sang. (*La Riforma clinica.*)

EMPOISONNEMENT. *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, par Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de Z. Roussin, professeur agrégé à l'École impériale de médecine du Val-de-Grâce, pour la partie de l'expertise médico-légale relative à la recherche chimique des poisons. 1 vol. in-8 de 1072 pages, avec 2 pl. et 53 fig.

EMBRYOTOMIE. *Procédé pour fixer la tête.* Quand, dans les rétrécissements extrêmes, la tête reste seule au détroit supérieur, M. le professeur Pajot perfore le crâne par la méthode ordinaire, et introduit dans l'ouverture faite un bâtonnet de 4 à 5 centimètres de long et de la grosseur du petit doigt, préalablement lié par son milieu avec un lac. Il fait pénétrer dans le crâne fœtal le bâtonnet par l'une de ses extrémités, à l'aide d'une pince à tamponnements. Quand il a été introduit complétement, il tire dessus avec le lac.

Le petit bâton se place horizontalement, soit d'avant en arrière, soit d'un côté à l'autre du bassin, selon qu'il le juge convenable.

Maître absolu de la tête, il confie alors le lac à un aide, applique le céphalotribe ou le forceps, selon l'indication, sans être gêné par le lac, qui ne tient pas de place dans le vagin. Ainsi se trouve empêchée, sans instrument nouveau, la mobilité de la tête, cause de très-grandes difficultés dans certaines opérations. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 128.)

ENCÉPHALITE. Encéphalite congénitale. Chez beaucoup de nouveau-nés morts, dit Virchow, on ne rencontre à l'autopsie que l'hypérémie des méninges ou du cerveau, et le médecin, interrogé sur le genre de mort, conclut à une apoplexie. Or, il y a loin du fait à la conclusion. Le microscope est indispensable pour élucider cette recherche médico-légale, et c'est avec son secours que l'illustre professeur a reconnu une métamorphose adipeuse des cellules du névrilème. Elles s'hypertrophient et se remplissent de nombreuses et fines granulations ; le nucléus, d'abord visible, disparaît, et l'on ne trouve à la fin qu'une masse de corpuscules graisseux sans substance fondamentale. La substance blanche des hémisphères et de la moelle est la première à subir cette dégénérescence, puis la substance grise. A la lumière, cette masse graisseuse est obscure, tandis que la substance fondamentale est claire et transparente. A la coupe, au lieu de la superficie uniformément pointillée, ce sont des granulations fines, libres de leur enveloppe. Très-étendues, ces lésions apparaissent à l'œil nu sous forme de points, de taches opaques, jaunes, à contours découpés, caractéristiques. Le ramollissement de la substance nerveuse, analogue à celui de la putréfaction, peut seul en imposer à cet égard ; doute que le microscope éclaircit.

Il s'agit donc d'un processus interstitiel qui, envahissant le parenchyme organique, altère la fonction et menace la vie. Fondé sur la nature et la succession des lésions, M. Virchow admet un processus actif et conclut à une phlegmasie interstitielle. Le début est celui d'une hypertrophie aiguë ou d'une hyperplasie aiguë, et l'hypérémie consécutive, qui justifie seule le mot *apoplexie*, est incertaine et inconstante, surtout dans la moelle, où elle manque souvent. La plénitude des capillaires de la substance blanche est telle qu'elle la rend rougeâtre, couleur d'hortensia parfois, tandis que la substance grise est comparativement blanche. C'est un contraste frappant. A la coupe, la substance corticale offre ainsi une coloration opposée à l'état normal, c'est-à-dire clair à l'extérieur, obscur à l'intérieur par le sang qui remplit les vaisseaux et rend les plus ternes visibles au microscope. A l'œil nu, la surface est d'un noir obscur, uniforme partout, transparent, riche en pointillé rougeâtre, d'où émerge le sang. (*Virchow's Archiv*, janvier.)

M. Virchow rapporte cette dégénérescence adipeuse de la cellule nerveuse à la diathèse syphilitique ; mais c'est là une simple vue de l'esprit, une induction hypothétique comme la nature inflammatoire de cette transformation.

ENDOCARDITE. Il y a déjà plusieurs années que le rhumatisme est déchu du privilége absolu d'engendrer cette maladie du cœur, et que les maladies pulmonaires aiguës en réclament une certaine part. M. le docteur Mignot (de Chantelle), en excellent observateur, confirme leur rôle étiologique dans le développement de cette maladie. Suivant lui, une bronchite ou une congestion pulmonaire active, en se répétant à de courts intervalles, se propagent jusqu'à l'endocarde et y déterminent les lésions caractéristiques de l'endocardite, puis le rétrécissement et l'insuffisance des orifices. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 10.)

Diagnostic. Lorsque, dans un rhumatisme articulaire aigu, le pouls s'élève de 120 à 140 sans que cette fréquence s'explique par l'intensité du rhumatisme, ou des palpitations, ou d'une ataxie du cœur, M. Vernay, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, se croit en droit de diagnostiquer l'endocardite, même en l'absence du bruit de souffle. On peut la diagnostiquer de même, en l'absence du rhumatisme et du souffle cardiaque, dès que

les battements du cœur sont énergiques, le pouls fort et vibrant, irrégulier ou non ; ce qui apparaît surtout en faisant marcher ou monter le malade. Un rhumatisme antérieur ou sa prédisposition héréditaire confirmeront le diagnostic.

Beaucoup de troubles du cœur, chez les jeunes gens, considérés comme purement nerveux, comme palpitations, gêne précordiale ou épigastrique sans bruit de souffle, sont de véritables endocardites. (*Soc. de méd. de Bordeaux.*)

On comprend ainsi que le clinicien lyonnais trouve l'endocardite beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement ; c'est ce qui résulte d'une statistique selon les âges établie d'après ces données ; mais on voit sur quoi cette fréquence repose : un pouls fréquent et plein, des battements cardiaques énergiques, même sans bruit de souffle. C'est donc un changement complet de séméiologie à cet égard. Reste à le justifier.

Paracentèse. Un nouvel exemple de cette grave opération de la chirurgie moderne couronné de succès en est rapporté par le docteur Albutt. C'était chez un homme de vingt-six ans, admis à l'infirmerie de Leeds, le 18 septembre 1866, atteint de rhumatisme articulaire et musculaire aigu. Un épanchement consécutif du péricarde, avec dyspnée considérable ayant résisté aux vésicatoires, et la mort paraissant imminente, une consultation est provoquée avec M. Wheelhouse, qui, après avoir déterminé la position du ventricule gauche, pratique la paracentèse de la manière suivante :

Introduisant un trocart fin à un pouce et demi du bord gauche du sternum, et vis à-vis du bord supérieur du cartilage de la cinquième côte, il l'incline légèrement en haut et en dedans pour se diriger au centre du ventricule gauche. Il poussa en avant jusqu'à sentir distinctement, avec le trocart, les mouvements du cœur ; et alors, retirant la pointe dans la gaîne, il appuya franchement la canule sur le cœur, et put dès lors sentir et voir l'impulsion communiquée à l'instrument. Le poinçon retiré, 2 ou 3 onces d'un liquide séreux rose pâle s'écoulèrent alors par jet continu, et plus tard par saccades. Il y eut un amendement instantané de tous les symptômes, et quelques menaces de syncope furent combattues par des doses d'eau-de-vie larges et répétées, sans autre médication ce jour-là. Mais le lendemain, la dypsnée reparut, accompagnée de délire ; on eut recours à la morphine et à un nouveau vésicatoire.

Depuis ce moment, l'état du malade s'améliora de jour en jour, et il sortit de la salle le 13 octobre. (*Med. Times.*)

ENGORGEMENT. Engorgements laiteux. *Ammoniaque.* Comme un des résolutifs les plus avantageux, M. Gueneau de Mussy l'emploie, après avoir fait cesser l'allaitement, sur des cataplasmes arrosés avec une solution de 10 à 20 pour 100 de chlorhydrate d'ammoniaque dans une décoction de pavots ou dans l'eau additionnée de teinture thébaïque, adjuvant des plus utiles, selon M. Pétrequin, contre la galactorrhée. (*Bull. de thérap.*, avril.)

ENSEIGNEMENT. Sur cette grande question, un écho sympathique arrive par l'*Imparziale*, de Florence. Pour rendre celui-ci libre et complet tout à la fois en Italie, dit-il — traduction libre — il est temps d'en finir avec toutes les questions de clocher. L'unité de l'Italie emporte l'abolition de la plupart des 22 facultés de médecine qui s'y trouvent. Trois, quatre ou cinq suffiraient dans les villes les plus populeuses où existent de nombreux hôpitaux et de grands centres d'instruction. Si les autres veulent survivre, qu'elles se maintiennent *da per sè.* Mais il y aura un enseignement complet et semblable dans les Universités gouvernementales qui, seules, auront le droit de conférer les grades après examen devant un jury mixte de professeurs et de médecins libres. Autrement, liberté complète pour toute École, Faculté ou Université médicale, de se fonder à ses risques et périls; leur succès sera la juste mesure de leur mérite et de la valeur de leur enseignement.

On ne peut s'étonner que d'une chose devant cette proposition rationnelle, c'est qu'elle ne soit pas déjà adoptée, car elle réalise pour l'enseignement supérieur, professionnel, ce qui est en usage depuis longtemps en France pour l'enseignement classique secondaire. A côté de l'enseignement public, officiel des Lycées, n'y a-t-il pas celui des institutions privées, particulières, et leur sanction par le baccalauréat n'est-elle pas la même? Il serait donc rigoureux et logique d'appliquer le même système au degré supérieur? Que de sollicitations, de demandes, de réclamations n'auraient plus de raison d'être, en laissant l'initiative individuelle s'exercer ainsi librement! Un appel comme d'abus dirigé en ce moment contre certains pro-

fesseurs de la Faculté de Turin, pour avoir fait la clinique en français à certains élèves rumènes, n'aurait pas eu lieu, car ceux-ci auraient choisi un professeur français, à cet effet, et tout n'en aurait été que mieux.

Aussi bien l'Italie, qui a déjà tant fait pour les médecins depuis sa reconstitution nationale, veut-elle mettre l'enseignement professionnel de la médecine à la hauteur de son but. Un projet de réorganisation, présenté au gouvernement sur sa demande par le conseil supérieur de l'Instruction publique conclut à l'élimination de ces nombreuses Universités qui pullulent au nombre de vingt-deux pour les restreindre à dix siégeant à Naples, Turin, Bologne, Pise, Pavie, Palerme, Gênes, Catane, Parme et Modène. Six Instituts cliniques seraient établis de plus dans les grands hôpitaux de Bologne, Florence, Milan, Naples, Palerme et Turin où, pendant deux ans, les jeunes docteurs, en sortant des Universités, viendraient se perfectionner aux études pratiques avant de se livrer à l'exercice. Les études seraient ainsi fixées à six ans.

Les professeurs *titulaires* seraient nommés par le roi, sans autre concours que celui de leurs titres sur la proposition d'une commission choisie par le ministre parmi les professeurs ordinaires des Ecoles spéciales. Des professeurs *extraordinaires*, chargés de faire des cours, seraient choisis et nommés par le ministre pour une année seulement; mais l'enseignement de la même matière avec succès pendant cinq ans conférerait de droit ce titre définitif.

L'institution d'Universités libres, en permettant aux villes qui seraient privées de celles qu'elles possèdent officiellement de les conserver et de les entretenir à leurs frais et en laissant aux autres liberté complète à cet égard, sauf l'approbation royale, cette institution dis-je établit, consacre une concurrence, une émulation salutaire entre l'enseignement public et privé, seulement il faudrait laisser à celui-ci liberté complète. C'est déjà beaucoup de lutter avec celui de l'État et d'avoir à faire comparaître les élèves devant ses examinateurs officiels pour subir leurs épreuves comme cela semble ressortir de ce projet. (*Union méd.*, n° 77.)

S'il y a là des améliorations incontestables sur l'état actuel, on ne peut dire que ce soit encore la perfection.

Loin de marcher dans cette voie de la liberté d'enseignement, l'Espagne vient de le réglementer de nouveau. Mais, il faut

le reconnaître, c'est pour simplifier et en présence des titres multiples de chirurgiens de 1[re], 2[e], 3[e] classe, de *sangradores*, *practicantes*, *ministrantes* et *tantos otros ignorantes*, on ne peut qu'applaudir au récent décret créant celui de médecin de seconde classe destiné à les remplacer tous. Le baccalauréat ès sciences et quatre années d'études médicales sont nécessaires pour acquérir ce titre, qui donnera le droit d'exercice dans tout le royaume, à l'égal de ceux de docteur et de licencié qui lui sont supérieurs.

Selon les paroles mêmes du ministre espagnol, cette réforme semble en préluder une autre bien plus importante. Il ne convient pas qu'il y ait beaucoup de Facultés de médecine, dit-il dans son rapport à la reine ; sept sont peut-être trop pour l'Espagne, mieux vaudrait qu'il y en eût moins et qu'elles fussent bien organisées et pourvues, dotées de tous les moyens d'enseignement réclamés par les nécessités actuelles. Par cette réforme, qui diminuerait les dépenses aujourd hui considérables des sept Facultés existantes, l'enseignement médical aurait un éclat et un succès qu'il ne peut avoir aujourd'hui.

La réduction du nombre des Facultés existantes est donc également à l'ordre du jour dans les deux péninsules voisines. Mais quelles différences de vues entre le ministre espagnol et le publiciste italien ! Pour celui-ci, l'enseignement libre est compatible avec l'enseignement officiel, tandis que pour celui-là il ne s'agit que de ce dernier, en vue duquel seul il améliore, perfectionne celui de la Faculté de Madrid. Toujours la même faute, comme si l'État pouvait tout faire à l'exclusion des communes et des citoyens qui le composent.

Professeurs surnuméraires. Après un essai infructueux de neuf années, le gouvernement espagnol a supprimé cet emploi comme une superfétation contraire aux progrès de l'enseignement et aux intérêts du trésor. Nommés après concours comme nos agrégés, dans une section quelconque de l'enseignement, ils étaient chargés de suppléer au besoin les titulaires des différentes chaires de cette section, auxquelles ils étaient appelés suivant l'ordre des vacances et celui de leur admission. Ne pouvant prévoir ainsi celle qui leur écherrait, le hasard seul en décidant, ils ne pouvaient ainsi choisir, étudier, approfondir un sujet spécial d'études pour l'enseigner magistralement plus tard, d'autant moins que leurs honoraires très-maigres ne leur en lais-

saient pas le loisir. Cette suppression est donc parfaitement justifiée. (*Siglo medico*, n° 682.)

C'est le cas de rappeler la *Convention des medical teachers* américains — professeurs en médecine — qui s'est réunie à Cincinnati le 3 mai, pour s'entendre sur un plan d'enseignement médical uniforme. Dix-sept corps universitaires s'y trouvaient représentés. Après trois jours de discussion, les résolutions suivantes ont été adoptées :

1° Études humanitaires exigées des aspirants et justifiées par un titre universitaire ;

2° Quatre années d'études médicales, avec constatation d'assiduité aux leçons ;

3° Uniformité de l'enseignement divisé en trois séries.

Sans préjuger l'avenir de ces résolutions, qui témoignent hautement du besoin que partout les médecins éprouvent de la réglementation et de la solidité des études médicales pour se livrer à l'exercice avec avantage, il semble difficile qu'avec les idées de liberté et d'indépendance qui règnent aux États-Unis, elles s'imposent comme règle aux divers établissements d'instruction médicale. Celle de fermer l'accès des hôpitaux aux femmes étudiantes, ne reçoit ainsi qu'incomplétement son exécution. Le parti à vaincre est jeune, ardent, opiniâtre et bien résolu à ne pas quitter la place. C'est ainsi qu'à l'une de ses dernières leçons cliniques dans un hôpital de New-York, le professeur, en voyant une vingtaine de jeunes femmes réunies autour de lui crut devoir les prévenir, par respect pour leur pudeur, qu'il allait s'agir des hernies, en les invitant à se retirer. Mais elles n'en firent rien, et se plaçant au premier rang, elles virent passer successivement et sans sourciller dix-huit hommes complétement nus, offerts comme spécimens à leur observation. On ne dit pas si elles les examinèrent manuellement.

Dans un autre hôpital, où huit membres de la Société *des vraies femmes de cœur* s'étaient réunies pour assister à une lithotomie, il n'a fallu rien moins que le refus formel du chirurgien d'opérer devant elles pour les forcer de se retirer. C'est ici le monde renversé ; les hommes y ont de la pudeur pour les femmes.

Doctorat. Faculté unique pour la collation d'un titre uniforme sans nulle condition d'inscription, de scolarité ni de lieu d'études ; s'enquérir si la science a été sérieusement et positi-

vement acquise est la seule importante. (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 1.)

Réception des officiers de santé et des pharmaciens de 2e classe. La circulation suivante a été adressée par le ministre de l'instruction publique aux recteurs des Facultés de médecine :

« Monsieur le Recteur, j'ai été consulté, à plusieurs reprises, sur la question de savoir si l'aspirant au grade d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe est tenu de subir tous ses examens devant la Faculté ou l'Ecole dans le ressort de laquelle il se propose d'exercer.

» Je ne saurais mieux résoudre cette question qu'en rappelant les termes mêmes du décret du 22 août 1854 (art. 19) :

« En exécution des articles 29 et 34 de la loi du 19 ventôse » an XI et de l'article 24 de la loi du 21 germinal an XI, les » officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les sages- » femmes et les herboristes de 2e classe, pourvus des diplômes » ou certificats d'aptitude délivrés, soit par les anciens jurys » médicaux, soit d'après les règles déterminées par les articles » 17 et 18 ci-dessus, ne peuvent, comme par le passé, exercer » leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont » été reçus. »

» Par le mot *reçus* le décret indique suffisamment qu'il s'agit seulement du dernier examen, et que, quant aux deux premiers examens, l'aspirant peut les passer dans un autre établissement. Donner une interprétation différente aux dispositions précitées, ce serait aggraver, pour les aspirants praticiens du second ordre, la situation qui leur avait été faite par la législation de l'an XI ; en effet, d'après cette législation, le candidat au grade d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe n'était nullement tenu de subir la totalité des épreuves devant le jury qui procédait à sa réception. Voici, en effet, comment s'exprimaient mes prédécesseurs dans les instructions adressées à MM. les préfets au sujet de la tenue des jurys médicaux :

« Au moment de leur inscription, les candidats devront justifier, au moyen de pièces authentiques et dûment légalisées, » des conditions d'âge, de stage et de grade exigées par la loi » (les pharmaciens de 2e classe étaient alors soumis à l'obligation du baccalauréat ès lettres) et faire connaître le nombre des » examens qu'ils sont dans l'intention de subir. *S'ils ont subi* » *antérieurement un ou deux examens devant des jurys autres*

» *que celui dans la juridiction duquel ils sollicitent leur inscrip-*
» *tion*, ils devront produire un extrait du procès-verbal de la session dans laquelle ils les ont soutenus. » (Circulaires des 13 mai 1850 et 1er mai 1851.)

» Je n'ajouterai qu'un mot à ces instructions. Aujourd'hui, le décret du 22 août 1854 ayant soumis les futurs officiers de santé et pharmaciens de 2e classe à une scolarité dans les établissements publics d'enseignement supérieur, ces aspirants ne peuvent, suivant les règlements généraux de l'Université, changer de Faculté ou d'École sans mon autorisation. Duruy. » — Voy. Concours, Exercice, Législation.

ÉPIDIDYMITE. *Froid et chaud alternés.* Ce moyen, des effets duquel M. Nunn dit merveille, s'exécute ainsi : le malade, placé dans un bain chaud, reçoit, après six ou sept minutes, un courant d'eau froide pendant une ou deux minutes sur le testicule, au moyen d'un tube ou caoutchouc. On répète alternativement ce procédé trois ou quatre fois de suite, et une sensation de soulagement en est immédiatement la conséquence. (*Lancet*, janvier.)

On pourrait, ajoute M. Diday, obtenir le même effet d'une manière plus simple dans les bains ordinaires, en dirigeant médiatement et alternativement sur le testicule de l'eau chaude et de l'eau froide avec les deux robinets qui les fournissent. C'est ainsi qu'il a employé cette alternance du chaud et du froid après la période aiguë, au moyen de cataplasmes de farine de lin chauds, puis des compresses d'eau végéto-minérale alternés toutes les deux heures. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 2.) Ce n'est guère que médiatement que cette médication paraît devoir être employée pour être active et efficace.

ÉPILATION. *Anesthésie locale.* Son efficacité ne s'est jamais démentie, dit M. Horand, dans les nombreux essais faits pour épargner les douleurs de l'épilation aux malades atteints de favus, sycosis et impétigo de la barbe. En coupant préalablement les cheveux ou les poils, la coloration blanche indique que la sensibilité est éteinte, et pendant que l'on épile dans un endroit, l'anesthésie se continue à côté. Il est assez probable que l'éther a, ainsi appliqué, une action parasiticide qui n'a pas encore été constatée. (*J. de méd. de Lyon*, juin.)

ÉPILEPSIE. Quatre observations, rapportées par M. le professeur Laforgue, montrent que la grossesse n'influe en rien sur les accès, qui ont lieu pendant tout son cours comme avant, sans aucun effet fâcheux pour le fœtus; mais ils ne se sont montrés dans aucun cas sur dix durant l'accouchement, et semblent même empêcher l'éclampsie. Voy. ÉCLAMPSIE. Les accès toutefois n'en persistent pas moins après. (*Rev. méd. de Toulouse.*)

Complication de phimosis. Sur vingt-cinq épileptiques mâles observés par M. le docteur Althaus, à l'infirmerie spéciale des épileptiques et des paralytiques de Londres, onze étaient atteints de phimosis congénital. Coïncidence très-remarquable et non encore signalée, ce qui s'explique par l'inattention du médecin à ce sujet. En raison de cette fréquence, on est porté à supposer un rapport pathologique étroit entre cette malformation et l'épilepsie. L'accumulation de matière sébacée entre le prépuce et le gland, dont l'herpès et la balanite sont souvent la conséquence, détermine une irritation qui peut être la cause de la masturbation, de pertes séminales nocturnes et d'une excitation exagérée à l'âge de la puberté, avec tous les dangers en résultant sur la production de l'épilepsie.

Le traitement ne démontre pourtant pas cette relation. La circoncision pratiquée par MM. Solly et Spencer Wells dans certains cas n'a pas fait cesser immédiatement les accès. Quelques symptômes cérébraux pouvant s'y rattacher, comme douleurs de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, éructations, nausées, se sont complétement dissipés. Si donc l'étiologie du phimosis sur les accès semble douteuse, l'indication de la circoncision n'en est pas moins précise, soit pour faire cesser les accidents concomitants, soit pour rendre l'action des autres remèdes employés plus directe. (*Lancet*, février.)

Une analogie frappante existe entre cette observation clinique et les déductions qui en sont faites, avec la clitoridectomie, récemment préconisée par M. Baker Brown, contre toutes les affections nerveuses chez les femmes, l'hystérie, l'épilepsie notamment. Mais les résultats cliniques sont loin d'en autoriser ni d'en justifier l'exécution systématique et exclusive, qu'il en préconise et qui a causé un si grand émoi dans le corps médical anglais.

Bromure de potassium. Ayant traité 16 épileptiques avec cet agent, M. le docteur Thomas, de Sedan, formule ainsi les enseignements que ces faits contiennent :

1° Le bromure de potassium est administré en solution, 20 grammes pour 300 grammes d'eau distillée.

2° Il se donne par cuillerée à soupe, la cuillerée devant contenir 15 grammes, c'est-à-dire 1 gramme de médicament. Ce procédé, d'une exécution commode, est quelquefois infidèle, la capacité de la cuillerée n'étant pas une mesure fixe. Il faut y apporter une attention sévère.

3° Les doses du médicament doivent être élevées et atteindre à six cuillerées au minimum. Si quelquefois les accidents ont été enrayés par une quantité moindre, il est toujours arrivé qu'ils se sont reproduits au bout d'un certain temps.

4° La progression se fait d'une cuillerée à la fois, mais à intervalle variable de deux, trois, quatre, huit jours, selon la fréquence des accès. Il n'y a pas de règle absolue à cet égard. Je pense cependant que la progression rapide est la meilleure.

5° La limite que l'on peut atteindre avec le médicament se règle nécessairement sur les résultats obtenus ou sur les effets physiologiques produits.

6° La durée du traitement est une chose qui ne peut encore être déterminée. Pour cela, une expérience plus longue est indispensable.

7° Il faut surtout ne pas se hâter de diminuer les doses. Ce qui s'est passé dans plusieurs observations le prouve suffisamment.

8° Le bromure de potassium a une action incontestable et puissante contre l'épilepsie. Pas n'est besoin pour en rehausser la valeur, de mettre en regard l'inanité des moyens employés de tout temps contre cette maladie réputée incurable.

9° Devant les faits, le doute doit cesser ; il ne faut pas non plus entrer dans l'enthousiasme. Ici, comme toujours, il convient de se mettre en garde contre ces deux états de l'esprit, opposés, mais également nuisibles aux progrès de la science : celui-ci, parce qu'il l'empêche de marcher, celui-là, parce qu'il tend à la faire marcher trop vite. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

M. le professeur Namias, de Venise, en a fait aussi une large application à sa clinique, et a toujours vu les accès disparaître ou devenir moins forts et moins fréquents qu'auparavant.

Il ne faut pas dire que l'épilepsie a quelquefois sa source dans des lésions matérielles inguérissables. Il peut arriver que les mêmes lésions existent et que les accès manquent, de sorte qu'on doit admettre l'intervention d'un autre élément inconnu, duquel dépend l'apparition ou la disparition de l'épilepsie.

Le bromure doit être continué longtemps; je l'emploie d'abord, dit-il, à la dose de 1 gramme dissous dans l'eau, et administré en trois fois dans une journée, et j'en élève graduellement la dose jusqu'à plusieurs grammes en vingt-quatre heures. Quand on cesse de l'administrer, l'élimination de ce sel par les urines continue plus longtemps qu'on ne pourrait le soupçonner d'après l'analogie avec l'iodure de potassium.

Je traite actuellement au grand hôpital de Venise un épileptique, pour lequel je suis arrivé à la dose de 14 grammes par jour de bromure de potassium. Il m'a fallu m'arrêter, parce que le malade était faible, ne pouvait plus marcher, délirait, et je soupçonnai que le remède pouvait avoir quelque part dans la production de ces phénomènes. Quittant le bromure pour quatorze jours, j'en constatai la présence dans les urines au moyen de l'amidon ou du chloroforme, qui devenaient jaunes par l'action du chlore. Les accès épileptiques sont devenus plus fréquents et plus forts, et j'ai dû faire reprendre le bromure. Ce n'est d'ailleurs pas le seul fait de cette nature que j'aie pu recueillir. Je me propose de donner à l'Académie, dans une autre communication, tous les détails relatifs à cette question. (*Acad. de méd.*, mai.)

Cotyledon umbilicus. M. le professeur Fonssagrives signale quelques succès obtenus par ce moyen vulgaire employé en Espagne et en Portugal. Une cuillerée par jour du suc de cette plante commune constitue tout le traitement qui doit se prolonger au moins un an pour en obtenir les effets voulus. (*Gaz. hebd.*, n° 40.)

Soufre. Le docteur Chiapelli a été conduit à l'administrer par la supposition de l'existence d'helminthes chez une femme épileptique depuis sept ans. Les accès ayant cessé, il l'expérimenta chez plusieurs autres et en obtint constamment de l'amélioration. La dose varie de manière que la digestion n'en soit

pas troublée. L'apparition des hallucinations en contre-indique l'emploi. (*Giorn. Ven. med.*)

Épilepsie saturnine. Sa réalité, en tant que se rapportant à l'urémie produite par des lésions rénales, admise par MM. Lancereaux et Olivier, est de nouveau mise en doute par de nouvelles expériences de M. Rosenstein sur des chiens. En premier lieu, il n'a trouvé ni albuminurie, ni altération des reins chez les chiens empoisonnés par le plomb. La vie se termine, il est vrai, par des accès d'épilepsie assez semblables aux accès urémiques, avec amaurose et diminution de la diurèse; mais l'absence d'albuminurie, l'intégrité des reins, le sang contenant la proportion normale d'urée, sans développement de carbonate d'ammoniaque, établissent des différences incontestables. Les convulsions, rappelant ce qui se passe sur l'intestin et l'utérus, dépendraient, suivant l'auteur, de l'action du plomb sur les fibrilles musculaires des vaisseaux cérébraux. (*Virchow's Archiv*, mai.)

EPITHELIOMA. — Voy. CANCER.

ÉRYSIPÈLE. TRAITEMENT. *Sulfite de soude.* Des compresses imbibées d'une solution de 50 centigrammes dans 30 grammes d'eau et appliquées sur les surfaces envahies, puis recouvertes d'un morceau de soie huilée pour empêcher l'évaporation est un remède infaillible, selon le docteur Hewson, pour limiter, circonscrire le mal dans les vingt-quatre heures et le guérir en quarante-huit. Il n'a éprouvé ainsi aucun insuccès dans 27 cas même des plus graves (*New-York med. Record*). Cette infaillibilité nous semble suspecte d'exagération ou résulter d'une observation incomplète et trop restreinte; mais la facilité et l'innocuité de l'essai permettent de le tenter; l'action se rapproche trop évidemment de celle des enduits imperméables, de l'occlusion et de la soustraction des parties malades à l'air ambiant pour n'en pas obtenir des effets salutaires.

Iodure de potassium. Contrairement à la pratique générale, c'est un remède interne que le docteur Withers oppose à l'érysipèle. Dans 30 cas environ, il en a arrêté le développement, ou plutôt il l'a fait avorter en donnant 50 centigrammes d'iodure de potassium toutes les deux heures sans aucune ap-

plication topique. Dans l'espace de douze à trente-six heures, le mal se circonscrit, et dès lors il faut cesser l'usage du remède. (*Chicago med. Journal.*)

Voilà bien des avances invraisemblables sans preuves ni justification.

Érysipèle vésiculaire. Résultat dans quelques cas de la teinture d'arnica. — Voy. Arnica.

Traité de l'érysipèle épidémique, par le docteur Daudé, médecin adjoint de l'hospice de Saint-Jacques de Marvejols, etc., ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine, in-8°. Une des meilleures monographies, sur ce sujet, après celle qui a été couronnée par l'Académie sur la question mise par elle au concours.

ÉTRANGLEMENT. Étranglement intestinal. Étiologie. La formation d'adhérences, de brides, de cordons provoqués par l'inflammation de l'utérus ou de ses annexes dans l'état puerpéral, est une cause assez probable de cet étranglement pour donner un grand intérêt aux deux exemples suivants :

I. — Une paysanne de 40 ans, des environs d'Iéna, avait dû recourir, lors de son premier accouchement, à l'assistance de la policlinique pour une forte hémorrhagie *post partum* occasionnée par de solides adhérences placentaires ; une périmétrite s'ensuivit qui céda au traitement. Mais, six semaines après l'accouchement, elle fut prise, sans cause appréciable connue, de vomissements répétés accompagnés de violentes douleurs dans la région inguinale droite. Ventre gonflé du côté droit, constipation ; à l'examen vaginal, on ne trouve rien d'anormal. Les vomissements résistèrent à tout traitement, fournirent bientôt des matières fécales, et la femme succomba le quatrième jour. A l'autopsie pratiquée le lendemain, on trouva l'étranglement de plusieurs anses de l'intestin grêle, dont la coloration était d'un rouge foncé noirâtre, et une pseudo-membrane en forme de cordon qui, de la face antérieure du cœcum, allait aboutir à une anse d'intestin grêle, et avait ainsi déterminé l'étranglement des intestins logés audessous.

II. — Une femme de vingt-quatre ans est admise, le 12 avril 1865, au service gynécologique de la Charité, après un second

accouchement, survenu le 22 février, à la Maternité, avec les particularités suivantes : Les contractions commencèrent le 22, à huit heures du matin, énergiques et régulières, la rupture de la poche eut lieu à dix heures et demie; vers deux heures, l'orifice utérin était complétement dilaté. Tête se présentant en première position occipale; le ventre mesure 90 centimètres. Le fond de la matrice est incliné à droite, le point le plus élevé est à une largeur de main au-dessus de l'ombilic; à la partie latérale droite de l'utérus, on observe une tumeur qui paraît appartenir à la matrice, mais qui, par un retrait sensible du fond utérin, se détache de lui, forme saillie; cette tumeur arrondie, à fluctuation apparente, paraît se déplacer en même temps que l'utérus, et durcir en même temps pendant les contractions. A quatre heures quarante-cinq minutes, le travail se termine par la naissance en première position céphalique d'un garçon vivant assez bien développé.

Dès le premier jour des couches, la mère ressent de la douleur dans la région iliaque droite; le ventre est un peu gonflé, il y avait déjà de la constipation datant de quelques jours avant le travail. La région utérine est indolore, le ventre présente la même forme qu'auparavant, seulement le retrait du fond utérin est plus manifeste. Température du corps 39° 5′; pouls à 108. Au troisième jour, frisson, augmentation des douleurs à droite. L'huile de ricin provoque l'expulsion de scybales très-dures. 0,05 de calomel toutes les heures, 8 sangsues.

Au cinquième jour, après plusieurs évacuations liquides, les douleurs diminuent ainsi que le soulèvement du ventre. Le 4 mars, on renvoie la malade complétement guérie. Le 18 avril, elle retombe malade et rentre au service de gynécologie. Violentes douleurs de ventre avec tension assez forte, sensibilité excessive à la pression, surtout dans la région du côlon transverse; la malade accuse également des douleurs spontanées dans tout le ventre et une grande oppression. Rien du côté de la poitrine. La malade dit être constipée depuis trois jours. Six poudres de calomel (0,05 p. d.) ne produisent pas de selle, mais sont suivies de plusieurs vomissements de matières jaunes verdâtres, d'une odeur fécale très-prononcée. Lavements sans effet; les 13 et 14 avril, même résultat négatif après 0,75 de calomel, et de lavements avec de l'huile de ricin, etc. Le 15, expulsion de quelques scybales très-solides. Vomissements continuels de matières liquides, jaunes, d'une odeur fécale,

douleurs *ut suprà*. Cet état continue jusqu'à la mort, qui a lieu le 19.

L'autopsie présente un *double* intérêt : 1° En ce qui est relatif aux symptômes observés pendant la maladie ; à l'ouverture de la cavité abdominale des anses d'intestin grêle fortement distendues par des gaz d'un rouge vif à l'extérieur, et qui, en différents points, se trouvaient unies, par de minces cordons d'exsudation, à la paroi abdominale, également fortement rougie. Après avoir soulevé ces anses intestinales tympanisées, on tombe dans la fosse iliaque droite sur un paquet d'anses d'intestin grêle fortement rétrécies, et d'une coloration d'un bleu foncé. Par-dessus ce paquet s'étend un cordon solide, très-épais, bleu rouge foncé, qui, à l'examen, se présente comme un cordon d'adhésion vascularisé formé de tissu cellulaire ; ce cordon s'étend depuis le commencement du cœcum, normalement situé, jusqu'à une anse d'intestin grêle qui, à l'état naturel, se trouverait à deux pieds de distance de la valvule de Bauhin, et qui maintenant est placée à l'entrée du grand bassin ; la longueur de ce cordon est exactement de deux pouces. Le paquet d'anses entre la valvule de Bauhin et la dernière anse intestinale mentionnée, à laquelle s'insère le cordon d'adhérence, s'est complétement enfoncé entre ce dernier et le mésentère, et tellement étranglé que la communication du tube intestinal aux deux extrémités, mais surtout dans l'étendue de l'intestin grêle, se trouve interrompue. L'utérus est binoculaire, incliné à gauche et augmenté de volume. Le fondus est divisé en deux parties sensiblement égales par une rainure profonde qui le parcourt en droite ligne. (*Union méd.*, n° 24.)

Pseudo-étranglement intestinal. Guérison par le café. Voy. Hernie.

ÉVIDEMENT. — Voy. Ostéogénie.

EXOSTOSE. Exostoses sous-unguéales. Structure. Des études microscopiques de M. Ranvier faites sur trois spécimens du gros orteil, il résulte qu'elles sont épiphysaires comme toutes les autres exostoses. Papilles sans augmentation notable, tandis que celles de la pulpe du gros orteil sont très-hypertrophiées ; disparition complète du tissu adipeux si abondant d'ordinaire dans la couche aréolaire de cette région ; tissu

connectif dense avec îlots irréguliers de cartilage à la place du derme et du tissu adipeux; tissu osseux aréolaire au centre de la tumeur se continuant jusqu'aux lamelles périphériques de la phalangette.

A un grossissement de 150 à 400 diamètres, des cellules polygonales à noyaux vésiculeux, dentelées, s'engrenant mutuellement, constituent le corps muqueux. Les trabécules osseuses de nouvelle formation sont limitées de toutes parts par ces cellules formant une ou plusieurs couches continues et séparant le jeune tissu osseux du tissu connectif. Celui-ci est constitué par des fibrilles et des cellules rondes, fusiformes ou étoilées contenant des vaisseaux assez nombreux sans cellules adipeuses ni granulations graisseuses; granulations d'hématoïdine ici et là avec dilatation des capillaires.

Cellules à noyaux multiples nombreuses dans les espaces médullaires à la base de ces exostoses. Pas de systèmes de lamelles bien dessinées dans le système osseux; ostéoplastes volumineux et irréguliers.

Malgré la présence du cartilage dans ces tumeurs, on ne doit pas lui faire jouer un rôle important dans leur développement, selon l'auteur, et bien qu'il semble y exister même constamment, ne pas les considérer comme des enchondromes subissant l'ossification. C'est un produit accessoire entravant plutôt la formation osseuse qui s'opère aux dépens du tissu fibreux. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° 6, 1866.)

F

FIÈVRES. *Frémissement artériel huméral.* Suivant M. le docteur Soulier, ce serait un signe habituel des fièvres en général, essentielles ou symptomatiques et qui, dans ces dernières, peut être d'un secours précieux pour le diagnostic. Voy. ce mot.

Fièvre puerpérale. *Mortalité.* Au moyen d'une extrême propreté et d'une hygiène bien entendue et sévère, dans son service d'accouchement de la Pitié, comme lavages répétés, bains en entrant et changement fréquent de linge, ventilation permanente des salles, dont plusieurs fenêtres restent ouvertes jour et nuit en toute saison, transport immédiat de toute

femme atteinte de fièvre puerpérale dans une autre salle, M. Empis est arrivé à en diminuer la mortalité dans les porportions suivantes : tandis que la mortalité moyenne y était de 7,60 pour 100, = 1 mort sur 13,15 accouchements et que, pendant les quatre premiers mois de son entrée, où rien ne fut changé, sur 154 accouchements, 18 femmes succombèrent, soit 11,60 pour 100 = 1 mort sur 8,55, il n'y eut plus, sur 2117 accouchements, du 1er mai 1863 au 1er décembre 1866, que 43 décès, soit 2,03 pour 100 = 1 mort sur 49,23 accouchements, différence énorme due aux mesures prophylactiques employées. (*Gaz. des hôp.*, du 20 décembre 1866 au 17 janvier.)

Mais ce n'est là encore, selon M. Tarnier, qu'une partie des améliorations à accomplir, des progrès à réaliser. Joignez-y, dit-il, l'alternance des salles et l'isolement des nouvelles accouchées bien portantes, et vous obtiendrez une mortalité encore moindre, comme à Dublin et à Rouen, où l'alternance est pratiquée. Là, elle n'est que de 1,21 pour 100, et ici de 1,66, ce qui est encore bien au-dessous de celle de 2,03 de la Pitié. Ajoutez-y même l'isolement, comme en ville, et vous arriverez à la diminution de 0,55 pour 100, qui est la proportion normale, soit un décès sur 181 accouchements. (*Gaz. des hôp.*, nos 29 et 30.) Ce serait presque la perfection.

Fièvre typhoïde. Trois cas de morts subites sont signalés par M. Dieulafoy, un en ville et deux dans les hôpitaux, au déclin de la fièvre typhoïde de moyenne intensité, et alors que la convalescence paraissait prochaine. L'autopsie pratiquée dans les deux derniers n'en découvrit aucune cause matérielle, et comme la syncope en paraît la plus probable, il suppose que c'est par action réflexe du pneumogastrique qui, excité par la plaque de Peyer, détermine l'arrêt du cœur en diastole, c'est-à-dire la syncope et la mort.

Gangrène du scrotum. M. Vigla l'a observée chez un malade de vingt-trois ans du dix-huit au vingtième jour d'une fièvre typhoïde à forme nerveuse, dont tous les phénomènes graves semblaient conjurés et qui paraissait devoir suivre une marche simple et aboutir à une issue favorable. Tout à coup, le prépuce s'œdématia, puis se gangréna bientôt sans que sur aucun autre point du corps, sinon au sacrum, où une pustule a déterminé une eschare très-limitée de cette région, il existât trace

de cette disposition à la gangrène. Une mutilation compromettant les deux tiers antérieurs de l'urèthre a été la conséquence de cette redoutable et grave complication.

M. Guéneau de Mussy a vu deux fois des gangrènes du vagin en pareil cas et l'oblitération en étant résultée dans un la ponction faite pour y remédier fut mortelle. C'est ainsi qu'elle se manifeste souvent dans la rougeole de même que dans la bouche et notamment la région maxillaire inférieure comme nous en avons observé un cas en 1842. (*Soc. méd. des hôpit.*, septembre.)

Sans que l'on puisse dire si ces gangrènes sont spontanées ou consécutives à une oblitération vasculaire, il est évident que les parties comprimées n'y sont plus seules exposées.

Eau froide. Employée en affusions, en pluie, à une température de + 21 degrés à + 4 degrés centigrades, par le docteur Jürgensen, comme moyen d'abaisser la température élevée du corps. La durée et le nombre des bains étaient subordonnés à la gravité de l'affection et à la période de la maladie, c'est-à-dire d'après l'état de la température. Les douches duraient de deux à quinze minutes, et les malades, essuyés, étaient immédiatement transportés dans leur lit chauffé.

Dans quelques cas, les malades ont été plongés dans des bains de 37 à 38 degrés centigrades, pour ceux qui avaient des complications pulmonaires, ou de 17 à 21 degrés pour ceux qui présentaient une très-haute température. Dans ce cas, on abaissait soudainement celle du bain avant de les retirer, en y projetant 15 à 25 kil. de glace. Néanmoins, ils préféraient tous le bain à la douche.

Tandis que sur 330 malades traités par les moyen ordinaires il y a eu 51 morts, soit 15,4 pour 100, 160, traités par l'eau froide, n'ont donné que 5 morts, soit 3,1 pour 100, sans accidents d'hémorrhagies intestinales, qui paraissaient redoutables par ce traitement. *Arch. de méd.*, juin.)

Fièvres intermittentes. PROPHYLAXIE. Le professeur Jones, de l'Université de Nashville, a déterminé statistiquement l'influence préservatrice de la quinine sur la fièvre paludéenne, par des observations faites sur les soldats campés à l'embouchure du Savanah pendant la guerre de sécession. Sur 230 soldats n'ayant pas pris de quinine, 134, soit 58 pour 100, ont

eu la fièvre. Sur 246 l'ayant prise irrégulièrement, 96, soit 39 pour 100, ont eu la fièvre, et sur 506 qui l'ont prise préventivement avec régularité, il n'y a eu que 98 cas de fièvre, soit 19 pour 100. L'influence préservatrice est donc démontrée mathématiquement. De plus, les cas graves de 18 pour 100, parmi les hommes de la première série, n'ont été que de 6 pour 100 dans la dernière.

Voici la solution employée par le médecin américain :

℞ Sulfate de quinine.............	20 centigrammes.
Acide sulfurique..............	5 gouttes.
Eau-de-vie..................	Une cuillerée à bouche.
Eau......................	2 verres.

Moitié à prendre le matin à jeun et l'autre moitié le soir en se couchant. (*Nashville med. and Surg journal*, juin.)

Contre l'influence nocive des marais, M. Spitzer propose de planter quelques-uns des végétaux ayant la propriété de neutraliser les influences effluviennes, comme l'*Ulmus communis*, le tournesol, le houblon (*Soc. de méd. de Marseille*, janvier). C'est là une idée excellente qui mériterait d'être immédiatement réalisée, et dont l'effet semble beaucoup plus probable sur la fièvre que la floraison de certaines algues. (Voy. *Année* 1866.)

Traitement. La nouvelle voie d'absorption par la paume des mains, découverte et expérimentée par M. Dufay, offre une ressource précieuse chez les malades à l'estomac réfractaire, et surtout chez les enfants. Voy. Absorption.

Injections hypodermiques. En confirmation des heureux résultats obtenus en France par l'emploi endémique du sulfate de quinine, M. le docteur J. Arnoult relate 156 cas traités par ce moyen, à l'hôpital de Constantine, en Algérie, cette contrée d'élection de l'impaludation, et cela avec autant de succès que si le sel eût été administré par la bouche. Ces résultats sont d'autant plus importants et significatifs qu'ils s'appliquent également aux différents types de fièvres à quinquina observées en Afrique. La première catégorie comprend ainsi 55 cas de fièvre de printemps, récidive ou de première invasion, bénignes, susceptibles de s'épuiser, et guérir spontanément ou de céder à une médication évacuante et perturbatrice comme un vomitif.

Il y a eu guérison dans 33 après 3 injections de 1 à 2 décigrammes de sel quinique. Dans les autres, une récidive est survenue avec changement de type dans 3, et guéris une seconde fois par l'administration de la quinine ou de l'arsenic par la voie ordinaire.

Une deuxième catégorie de fièvres franchement intermittentes, presque toutes de première invasion et survenues dans la saison fébrigène, comprenant 49 cas qui, sauf 1, ont tous été guéris après 4 à 5 injections de 4 décigrammes chaque, le plus ordinairement. Dans 8, les malades avaient pris sans succès le sulfate de quinine par la bouche immédiatement avant leur entrée. Dans 9, il y eut récidive et guérison, en administrant de nouveau le quinine par la voie gastrique.

La troisième catégorie compte 38 cas de fièvre grave, mixte, rémittente ou continue, dépendant de cette grande famille de pyrexies, qui forme le caractère propre de l'endémo-épidémie fébrile algérienne. Or, traitées par les injections hypodermiques, au moins dans les traits de la période d'état, elles ont toutes cédé à ce moyen. Le succès a été constant, ce qui est une démonstration de la nature essentiellement paludéenne de ces fièvres. Les traits qui en obscurcissent le caractère propre n'en sont que des complications qu'il faut traiter à part par les moyens appropriés.

Les 6 autres cas étaient des névralgies intermittentes contre lesquelles le sulfate de quinine en injections a réussi comme par la bouche. Quand il s'est agi, par erreur, de fièvres typhoïdes ou autres, l'inefficacité a servi à rectifier le diagnostic. Un certain degré d'hyposthénisation du pouls et de la chaleur, plus ou moins durable, sert alors à montrer l'erreur.

L'avantage de ce mode de traitement sur la voie gastrique, selon M. Arnould, est de pouvoir l'employer indistinctement avant, pendant et après l'accès, sans effet nuisible. L'indication du moment doit pourtant être la même pour en retirer tout le bienfait possible, et si faible que soit la dose, il est important de l'administrer dans le moment opportun où l'absorption est plus active. (*Bull. de thérapeut.*, janvier et février.)

De l'Impaludisme, par le docteur Duboué (de Pau), professeur d'accouchements. Un volume grand in-8°. Envisagé comme entité morbide se développant avec une fréquence et une gravité variables, dans les pays marécageux, incultes ou

mal cultivés, et donnant lieu à des affections qui s'accompagnent ou non de fièvres ou d'intermittence, affections sans lésion primitive connue, pouvant ou non être suivies de lésions congestives secondaires et ayant pour principaux caractères distinctifs :

1° De se révéler par des troubles nerveux infiniment variés et pouvant s'expliquer, pour la plupart, par une *névralgie* initiale siégeant dans un ou plusieurs filets sensitifs du système ganglionnaire ou du système cérébro-spinal, laquelle donnerait lieu, par action réflexe, à une excitation passagère des nerfs moteurs correspondants, suivie d'un engourdissement ou même d'une véritable paralysie de ces mêmes nerfs moteurs.

2° De céder plus ou moins vite, mais souvent avec une rapidité merveilleuse, aux préparations de quinquina convenablement administrées.

58 observations cliniques servent de base à cette interprétation.

Fièvre jaune. TRANSMISSIBILITÉ. De la mi-novembre au 17 janvier 1867, c'est-à-dire en deux mois, six navires anglais de la Compagnie des Indes occidentales, venant de Saint-Thomas, sont arrivés dans le port de Southampton avec des morts et des malades de cette terrible affection. A l'*Atrato*, la *Seine* et la *Tyne*, dont nous avons déjà signalé les malheurs nautiques (voy. QUARANTAINES, *Année* 1866), ont succédé le *Tasmania* avec une liste de 71 malades et 21 morts, parmi lesquels était le docteur Hudson, médecin du navire; puis le *Shannon* ayant perdu son cuisinier, et enfin la *Plata* qui, dans une traversée de dix-huit jours seulement, du 31 décembre au 17 janvier, eut 61 malades et 23 morts, y compris le chirurgien, M. Young. En tout, 65 morts sur une population de 900 individus, dont 600 passagers et 300 hommes d'équipage environ. Or, il est très-remarquable que ces derniers fussent presque exclusivement atteints, et que les 600 passagers, distribués sur six navires ainsi infectés de fièvre jaune, montrèrent une immunité presque complète.

D'où cette conclusion formulée par le docteur Milroy à la Société épidémiologique dans ses dernières séances, et soutenue, approuvée par la plupart de ses collègues, « qu'à l'air libre et dans les lieux bien aérés, on peut approcher les malades atteints de fièvre jaune et communiquer avec eux sans

grand risque d'infection, et que la simple circulation d'un air pur et abondant autour des malades diminue la virulence et l'extension de la maladie. Qu'en se montrant contagieuse ou infectieuse à un si faible degré, elle ne nécessite pas de quarantaines individuelles, mais bien plutôt l'isolement et l'assainissement du navire qui est l'agent d'infection réel. » Ces conclusions sont donc en parfait accord avec les doctrines françaises qui ont dicté les nouvelles mesures sanitaires actuellement en vigueur.

Et pourtant, cette conclusion si rigoureuse en apparence est complétement inconciliable et contradictoire avec le fait même qui lui sert de base : la contamination successive des six navires anglais dans leur relâche à Saint-Thomas. La fièvre jaune, il est vrai, endémique dans l'île y sévissait depuis octobre 1866 avec une grande intensité ; mais comment, dans des conditions si favorables d'aération, aucun équipage n'a-t-il échappé au fléau ? Il y a certainement là encore plus d'une inconnue à dégager. Aussi le plus sûr est-il d'imiter l'exemple du service transatlantique français de ne pas toucher à ce port jusqu'à la cessation de l'épidémie, et c'est ce que les Anglais, devenus plus logiques, ne manqueront pas de faire.

Fièvre d'été ou des foins. — Voy. Catarrhe.

Fièvre uréthrale. Terme imposé par M. G. Dieulafoy aux accès fébriles qui se produisent consécutivement au cathétérisme. Impropre selon nous en ce qu'il semble admettre comme essentielle, d'après les habitudes nosologiques, une fièvre qui n'est que symptomatique, — de l'aveu même de l'auteur, — « de l'impression pénible et particulière perçue par la muqueuse déterminant une action réflexe, un retentissement prédominant sur l'un des systèmes nerveux ». C'est-à-dire que sous cette appellation ontologique, le jeune et savant lauréat de l'internat a voulu donner une nouvelle théorie de la nature de ces accès à ajouter à toutes les autres. Reste à savoir si elle est plus vraie. (*Journ. de méd. de Toulouse*, octobre.)

FISTULES. Fistule lacrymale. Instruit, guidé par la modification apportée à son procédé par M. Giraud Teulon (voy. *Année* 1866), M. le professeur Foltz a perfectionné ce procédé de la manière suivante :

Empruntant à Pouteau l'idée d'ouvrir le sac du côté conjonctival de la paupière pour éviter une cicatrice visible, il renverse légèrement la paupière inférieure, agrandit le point lacrymal avec la pointe du bistouri et introduit une petite sonde cannelée dans le conduit lacrymal inférieur incisé jusqu'à la commissure interne des paupières. La sonde poussée dans le sac avec la cannelure tournée en bas sert de guide à la pointe du bistouri qui incise la paroi externe de la tumeur, en suivant la direction du conduit lacrymal inférieur et du bord libre de la paupière dans l'étendue d'un bon centimètre.

Le perfectionnement est, dit l'auteur, de ne pas délabrer l'appareil lacrymal. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 25.)

Fistule de la cornée. Ayant constaté les mauvais résultats de la cautérisation argentique soit primitive, soit consécutive aux divisions de la fistule, M. Wecker attaque avant tout les lambeaux de la membrane de Descemet rompue qui la tapissent après leur éversion dans la fistule. Voici son procédé opératoire : Une pince droite très-fine, à pointes mousses, est introduite dans la fistule ; il saisit avec les mors la couche interne du trajet fistuleux qu'il dilacère en divers sens. Pendant cette manœuvre, la pointe mousse glisse sur la capsule du cristallin si la fistule est centrale, aussi faut-il apporter du soin dans cette petite opération. La paroi ainsi dénudée sur divers points, on instille une forte solution d'atropine dans l'œil que l'on recouvre du bandage compressif en renouvelant la même chose huit à quinze jours consécutifs.

Un succès récent a couronné cette opération sur un jeune malade de vingt ans, du docteur Labbé, atteint d'une fistule depuis dix mois, traitée vainement par l'occlusion et les instillations d'atropine. Elle se fermait et se rouvrait alternativement. Dès le lendemain de la dilacération, l'oblitération était définitive et s'est maintenue depuis. Cette méthode simple peut donc être substituée à l'iridectomie, l'enclavement de l'iris, l'incision de la fistule surtout quand la chambre antérieure n'existe plus; la dilacération est moins incertaine et la taie consécutive moins étendue qu'avec la cautérisation argentique. Avec quelque précaution, elle est à peu près exempte de dangers. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1866.)

FOIE. *Dilatation des canaux biliaires.* Chez une femme

entrée comme vénérienne à l'hôpital le 14 septembre 1866, il survient brusquement, le 10 novembre, sans cause connue ni frissons appréciables, une douleur en ceinture siégeant dans les deux hypochondres, avec ictère, constipation et décoloration des selles. Pouls normal, ainsi que la température animale.

Le 19 novembre, on constate une tumeur dans la région épigastrique, avec fluctuation obscure.

D'après ces symptômes, M. le professeur Michel, rejetant l'idée d'un abcès et d'un kyste hydatique du foie, conclut à une dilatation des canaux biliaires par rétention de la bile. Dès lors, il pratique, le 18 décembre, une incision de la paroi abdominale sur la tumeur. Arrivé au feuillet aponévrotique qui tapisse la face profonde du muscle droit, il recherche s'il est adhérent avec la tumeur, afin d'y pénétrer directement en cas d'affirmative et établir ainsi une fistule biliaire comme M. Blondlot (de Nancy) en a pratiqué sur les animaux; traitement chirurgical nouveau applicable à ces dilatations, sur lequel Jean-Louis Petit a déjà insisté. Mais l'impossibilité de constater ces adhérences arrête l'opérateur; redoutant le développement d'une péritonite, il se décide à ouvrir la tumeur avec le caustique Filhos. Malheureusement, la femme succombe le 22 décembre, avant qu'il ait eu le temps d'agir.

L'autopsie révèle, en effet, une dilatation considérable des canaux biliaires de 1 décimètre de largeur dans son diamètre transversal siégeant dans le canal cholédoque et déterminé par l'arrêt de la bile. Un calcul biliaire arrondi, à surface granuleuse, sans facettes, placé dans ce canal à peu de distance du duodénum, s'opposait au libre écoulement de la bile dans l'intestin. La vésicule ne présentait qu'un très-petit volume, le canal cystique, très-mince, était oblitéré dans son extrémité vésiculaire. L'examen du foie montra une dilatation de toute l'étendue des divisions des canaux biliaires avec des dépôts crétacés sur leurs parois; enfin, des adhérences s'observent entre la tumeur formée par cette dilatation et la paroi abdominale. (*Soc. de méd. de Strasb.*, mars.)

L'opération projetée eût donc pu être pratiquée en toute sécurité, peut-être même avec succès, et inaugurer un traitement nouveau. Mais ce n'est que partie remise; la perspective est assez attrayante pour ne pas être négligée.

Fongus hématode. Si le cancer hépatique est commun

ce n'est pas ordinairement sous cette forme, comme M. le docteur Roberts l'a observé sur une fille de douze ans, entrée le 16 juillet 1866 à l'Infirmerie royale de Manchester. C'était une tumeur unique qui, au lieu de descendre dans l'abdomen, s'élevait dans le thorax. Une saillie considérable en résultait du côté droit, presque depuis la clavicule jusqu'au-dessous du niveau de l'ombilic. La matité s'étendait verticalement à 11 pouces entre le sternum et le mamelon, à 8 dans la direction de l'aisselle, à 5 en arrière. Le cœur et le médiastin étaient repoussés à gauche et en haut. On crut d'abord à une collection d'hydatides, mais une ponction exploratrice sur la partie la plus saillante, quoique ayant donné issue à 6 *onces* de sérum jaune clair et très-albumineux, ne contenant pas la plus petite hydatide, montra le contraire. Néanmoins, le diagnostic réel n'en fut guère éclairé et resta incertain jusqu'à la mort, survenue le 9 août sans aucune trace d'ictère. L'autopsie seule révéla une énorme tumeur oblongue, comme enkystée dans une enveloppe de tissu hépatique condensé, épais et membraneux en haut, beaucoup plus mince en bas. Le lobe droit du foie en était le siége, tandis que le gauche était intact. Elle repoussait le poumon droit, réduit à une bande dense et imperméable. Elle mesurait 13 pouces de haut sur 12 1/2 de large, et 5 1/2 d'épaisseur. Son poids net était de 8 livres. Ouverte, elle se trouva composée de matière encéphaloïde, en amas du volume d'une noix, jusqu'à celui d'une orange, de couleur rougeâtre, ramollie, en bas et en arrière; de sang extravasé, cailleboté, et de huit à dix petits kystes séro-purulents. Les autres parties du foie étaient exemptes de la maladie aussi bien que tous les autres organes trouvés parfaitement sains à l'examen. (*Lancet*, 19 janvier.)

Abcès hépatique. Il peut simuler l'anévrysme de l'aorte abdominale. Dans un cas observé par M. W. Moore, on percevait une tumeur grosse comme un œuf de poule occupant le siége ordinaire de cet anévrysme et présentant des pulsations diastoliques: le malade étant couché, on entendait même un bruit de souffle. L'autopsie trancha la question. (*Med. Press*, janvier.)

La ponction, sans provoquer des adhérences préalables, serait d'une innocuité complète, selon le docteur Ramirez, comme il s'en est souvent assuré dans sa pratique à Mexico. Lors

même qu'il n'y avait pas de collection purulente, elle n'a jamais été suivie d'accidents sérieux; elle ne peut même être suivie de péritonite, comme on le redoute tant, que si les injections, au lieu d'être poussées dans le foyer, n'arrivent que dans le péritoine, ou si l'abcès s'ouvre spontanément dans cette cavité, comme un exemple en est cité. Au contraire, l'adhérence étendue, spontanée ou provoquée du foie avec les parois du ventre, la plèvre ou le poumon, s'oppose à la guérison en empêchant la rétraction des parois du foyer. Plusieurs observations suivies d'autopsie sont rapportées à l'appui de cette opinion, mais sans prouver péremptoirement ce fait, mais bien plutôt que ce procédé n'est pas plus exempt de danger que les autres; car des douze observations rapportées tous les sujets sont morts, moins un avec des adhérences considérables (*Congrès internat.*). Cela revient à dire que les blessures du foie sont sans danger. Doctrine étrange qui, pour se faire admettre, aurait besoin de nombreux faits en sa faveur.

Du traitement des abcès du foie; observations recueillies à Mexico et en Espagne par Lino Ramirez, docteur en médecine de la faculté de Mexico, 92 pages in-8°, Paris. Addition à la communication précédente, en présentant pour ainsi dire les développements et les pièces à l'appui, mais insuffisantes et n'entraînant pas la conviction. Au milieu de détails superflus, on ne distingue que deux hypothèses originales : l'étiologie de l'hépatite suppurante, distincte de l'hépatite inflammatoire, résidant dans les troubles gastriques, digestifs, qui en sont à la fois la cause et les prodromes, et le danger des adhérences, comme s'opposant à la rétraction, la cicatrisation des parois du foyer : théories avancées sans aucune preuve décisive.

FORCEPS. *Paralysie du bras*. Elle résulte parfois de l'introduction trop profonde de l'instrument et de son application irrégulière sur la partie inférieure du cou, où les extrémités compriment les branches du plexus brachial. Un nouveau fait, observé par M. Guéniot et relaté à la *Société de chirurgie*, a fait dire à M. Depaul qu'elle n'était pas aussi rare qu'il semble en résulter des deux ou trois cas publiés. Il en a observé trois cas pour son compte qui ont tous guéri plus ou moins rapidement. M. Blot en a vu pourtant un sans nulle amélioration après trois ans. Si donc cet accident doit être assimilé à la

paralysie de la face quant à sa production, il n'en serait pas tout à fait de même quant à la gravité. Les praticiens doivent donc porter leur attention sur ce point et mesurer exactement la pénétration de l'instrument avec l'engagement de la tête pour ne pas s'exposer à cet accident. (*Soc. de chir.*, février.)

FRACTURES. Fractures comminutives. *Occlusion.* Le professeur Lister, de Glasgow, les recouvre à cet effet d'un linge simple, imbibé d'un mélange d'une partie d'acide carbolique – phénique — cristallisé, bouilli dans quatre parties d'huile de lin. En interceptant le contact immédiat de l'air, cet antiseptique imperméable lui paraît devoir prévenir la formation du pus et consécutivement la résorption purulente. (*Lancet*, mars et avril.)

L'addition de l'huile ne semble ici nullement efficace, non plus que dans les abcès par congestion, pour rendre l'imperméabilité complète. Elle nous semble bien mieux assurée par un taffetas ou le collodion. C'est ainsi que dans deux cas de fractures avec plaie, M. Stephen Smith, à *Bellevue hospital*, obtint une réunion par première intention en appliquant, sept à huit heures après l'accident, un large morceau de taffetas ciré recouvert d'une couche de collodion. Cet appareil resta en place dix jours, après lesquels la plaie était réunie. (*The med. Record. of New-York*, février.)

Bandage au silicate de potasse. Employé dans le midi de la France par MM. les docteurs Michel, Pamard, Villars et Beraud, bien avant que le professeur Shuch, de Vienne, en eût parlé, ce bandage continue à y être hautement apprécié. D'après *une* application qu'il en a faite le 8 décembre 1866, contre une fracture du radius droit, M. Espagne (de Montpellier) en fait l'éloge suivant : Sur les compresses graduées un bandage roulé étant appliqué, puis un second le recouvrant, un pinceau fait de charpie et imbibé de la solution de silicate est promené sur tout ce bandage, jusqu'à ce qu'il en soit bien imprégné. *En trois heures et demie* l'appareil était complétement sec, sans que le linge eût à peine changé d'aspect, ni que l'augmentation de poids fût sensible. Par comparaison, un appareil amidonné, placé sur une autre malade, à la même place, était encore humide *le lendemain matin*.

Pour le préparer, au cas où l'on n'en trouverait pas dans le commerce, il suffit, au lieu de sable qui, si blanc qu'il soit, contient toujours des matériaux calcaires, de prendre un caillou de silice que l'on met dans un feu ardent jusqu'à ce qu'il soit arrivé au rouge. On l'étonne en le jetant dans l'eau froide. Divisé en fragments, on le fait sécher et on le pulvérise ensuite finement. 60 parties de cette poudre sont mêlées à 50 de carbonate de potasse ou sel de tartre purifié du commerce, et 4 de charbon de bois. Mêlez intimement et placez dans un creuset pouvant contenir le double. Après fusion, on coule sur la pierre ou la fonte, si l'on n'aime mieux laisser refroidir dans le creuset et le casser ensuite. Mis en poudre, on fait fondre dans l'eau chaude ; on filtre et l'on condense jusqu'à 30 degrés au pèse-sels, sinon jusqu'à consistance sirupeuse.

Ainsi obtenu, le poids en est pour 20 centimètres cubes de.	25 gr.
Au silicate du commerce........................	28 —
A la colle d'amidon tassée......................	26 —
Au mélange dextriné............................	23 —

L'avantage est donc à la dextrine pour la légèreté ; mais, dans l'application chirurgicale, trois appareils inamovibles de l'avant-bras ont absorbé comparativement :

Le premier...........	119	grammes de mélange de dextrine.
Le deuxième..........	85	grammes de colle d'amidon.
Le troisième.........	68	grammes de silicate.

L'avantage de la légèreté est donc à celui-ci en pratique. Quant au prix, quoique supérieur de 60 centimes le kilogramme à la dextrine, il est par le fait inférieur, à cause de la moindre quantité qu'il en faut pour l'imbibition de l'appareil.

D'autres avantages doivent encore le vulgariser. Très-dur et très-léger, ce bandage n'a besoin que d'être immergé quelques instants dans l'eau chaude pour s'enlever facilement ; et tandis que pour l'emploi des autres, la bande doit être imprégnée du mélange amidonné ou dextriné avant de l'appliquer, ce qui est incommode et malpropre pour le chirurgien, le simple badigeonnage sur celui-ci n'a pas ces inconvénients. Il doit donc infailliblement obtenir la préférence pour toutes ces raisons. (*Montpellier méd.*, janvier.)

Fractures des membres. *Matelas d'air et d'eau.* Appliqué tout récemment à Londres par M. Jeaffreson, chirurgien du *Royal free hospital*. Une fois réduit, le membre est placé sur un petit matelas d'eau, et deux sacs en caoutchouc à air, réunis en haut par un tube conducteur, sont placés latéralement et soutenus par des attelles latérales; voilà tout. Les coussinets de balle d'avoine sont ainsi remplacés par l'air et l'eau. Rien ne dit encore que les fragments en soient aussi bien maintenus qu'avec les bandelettes de Scultet; il est même permis d'inférer le contraire d'une réclamation qui fait remonter à vingt-cinq ans l'emploi d'un appareil semblable sur les militaires et les marins anglais. (*Lancet*, novembre.) Or, s'il a été délaissé, oublié, c'est qu'il ne faisait pas merveille. N'est-ce pas logique?

Extension élastique. Fondé sur le principe de l'extension continue d'après lequel divers appareils ont déjà été exécutés, M. Worthington, interne à *Middlesex hospital*, en présence des nombreux cas de fractures des membres inférieurs et de la difficulté, du temps et de la peine qu'il mettait à les réduire et les immobiliser, a imaginé un nouvel appareil qui obvie, selon lui, à tous ces inconvénients. C'est simplement une grande et large attelle bien rembourrée en dedans, divisée en deux à peu près au milieu, et réunie par une tige métallique placée en dehors dans une rainure et fixée aux deux extrémités. Au milieu de cette tige et au-dessus de la division de l'attelle, se trouve un ressort à boudin ou une bande de caoutchouc, générateur de l'élasticité de l'appareil; de petites poulies de renvoi sont fixées en haut et en bas. On en devine ainsi le mécanisme. Le pied appuyé contre un embout à angle droit à l'extrémité inférieure et solidement fixé, et la cuisse assujettie dans un fort sous-cuisse fixé à la partie supérieure de l'attelle, on produit l'extension à volonté et suivant le besoin.

Il n'est pas ainsi nécessaire, suivant l'inventeur, de réduire avant l'application de l'appareil, ni même d'obtenir une réduction complète immédiatement; avec celui-ci, elle s'opère insensiblement les deux ou trois premiers jours. On peut de même laisser le siége de la fracture à découvert, ce qui est d'un grand avantage pour l'inspection du membre, les lotions et les fonctions de la peau. Le temps du chirurgien est aussi considérablement économisé (*British med. Journ*, juillet). Mais, malgré cinq applications heureuses à l'appui, il y a infailliblement

beaucoup à rabattre de ces avantages d'inventeur. Et d'abord, comment immobiliser les fragments et prévenir leur chevauchement, leurs déplacements par le moindre mouvement du membre? Il nous semble donc, à priori, que le principe de cet appareil est surtout applicable aux cas exceptionnels où ces fragments chevauchent et où il y a raccourcissement en l'employant concurremment avec le bandage ordinaire.

D'un mémoire de M. Heyfelder, sur la dernière guerre d'Allemagne, il résulte deux remarques pratiques : c'est que, pour l'inamovibilité généralement employée, « les médecins autrichiens recouraient au bandage amidonné, tandis que les Prussiens préféraient le bandage plâtré, qui, fenêtré au-devant des lésions, dit l'auteur, a l'avantage de se prêter, sans se ramollir, aux bains locaux souvent employés en Prusse avec beaucoup de succès. » (*Acad. de méd. de Belgique.*)

Fracture de la base du crâne. L'écoulement du sang par l'oreille, qui en est considéré traditionnellement comme le signe pathognomonique, fait souvent défaut, suivant M. A. Guérin. Il manqua ainsi dans un cas de fracture double de la base du crâne, comprenant les deux rochers, vérifié par l'autopsie chez un garçon de vingt-cinq ans, tombé d'un deuxième étage sur la tête, et qui, ayant tout le lobe antérieur à découvert, n'en survécut pas moins vingt-trois jours à cette lésion considérable, sans le moindre symptôme de paralysie ni de trouble des facultés intellectuelles. C'est le dixième ou onzième fait où ce défaut d'apparition du sang par l'oreille ait été constaté par M. Guérin. Ce signe n'a donc pas la valeur ni le mérite que lui accordent les classiques. (*Soc. de chirurg.*, février.)

Fracture de la cloison nasale. Elle est établie de nouveau par le professeur Jarjavay sur 14 observations dont 8 lui sont personnelles. Il en résulte que les tumeurs sanguines et les tumeurs purulentes de la cloison des fosses nasales, succédant à une contusion du nez, sont les signes ou plutôt la complication de la solution de continuité du cartilage. Ces fractures sont de trois sortes : simples et compliquées d'épanchements sanguins ou de tumeurs purulentes avec ou sans fistule sur le dos du nez. Avec ces deux signes, considérés et décrits comme idiopathiques, toute méprise est prévenue sans qu'il soit nécessaire d'insister ici sur la description classique de cette fracture

telle qu'elle est faite à nouveau par M. Jarjavay. (*Bull. de thér.*, juin.)

Fracture du maxillaire. La mobilité des incisives ne permettant pas de fixer les fragments déplacés d'une fracture de la partie antérieure du maxillaire inférieur, M. Wheelhouse, chirurgien de l'infirmerie de Leeds, eut l'idée de faire fabriquer deux épingles d'argent avec des têtes plates et perforées au centre. Le maxillaire fut perforé à son tour aux endroits voulus pour recevoir ces épingles, la tête placée en dedans et au moyen de fils de soie fixés dans leurs ouvertures et croisés en huit de chiffre en avant ; les fragments furent parfaitement immobilisés, ce qui permit au blessé de manger et de guérir en un mois (*Lancet*, août). C'est là une simplification perfectionnée des chevilles d'ivoire de Dieffenbach, et surtout des vis métalliques à tête de M. Bickersteth.

Fracture de la clavicule. Un nouveau moyen de la constater a été obtenu par M. A. Guérin dans un cas où la mobilité ni la crépitation n'étaient perçues par les moyens ordinaires. L'os était flexible et pliait comme s'il eût été ramolli. Mais en pressant sur l'os en dessous, la flexion a lieu ainsi que la mobilité. L'autopsie a montré que la continuité du périoste rendait compte de cette particularité.

Robert, pour constater ces signes dans les cas douteux, faisait asseoir le blessé sur son séant et appuyer sur ses deux mains comme pour se lever sur son séant. La crépitation se produit aussitôt. Quoique un peu violent, ce moyen ne doit pas être négligé pour préciser le diagnostic. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Fracture simple de l'ischion. *Signe pathognomonique*. Le diagnostic des fractures simples de l'ischion présente des difficultés que leur rareté tend encore à augmenter, par la pénurie des signes propres à la reconnaître, à la distinguer. Si les renseignements sont incomplets, les indications vagues, comme il arrive souvent de la part de blessés peu intelligents, le chirurgien court grand risque de ne pas la diagnostiquer du premier coup. C'est ce qui arriva à M. Devalz, chez un homme qui, jeté de sa voiture sur un sol inégal et pierreux, n'avait pu se relever seul, se plaignant d'une vive douleur de la hanche gauche qui l'empêchait de faire aucun mouvement.

Un premier examen n'ayant constaté aucune lésion apparente, M. Devalz fut appelé et conclut à une contusion de l'articulation sans fracture. Mais le blessé ne pouvant se lever, ni se tenir assis, ni debout, réclama un nouvel examen, et c'est par hasard que la main, appuyée sur la tubérosité de l'ischion pendant l'exploration de la hanche, détermina un cri du patient qui fut le signe révélateur du vrai siége du mal. Tous les autres, en effet, mobilité anormale, crépitation, etc., s'obtinrent aussitôt.

Réfléchissant à l'immobilité du tronc qui l'avait frappé et surtout à l'impossibilité absolue pour le blessé de s'asseoir ni sur son lit ni sur un siége, M. Devalz est conduit à en faire le signe pathognomonique de cette fracture, et c'est ainsi qu'il l'a présenté à la Société de médecine de Bordeaux. Cette impossibilité absolue de la station assise se comprend très-bien, en effet, puisque dans cette position le poids entier du tronc repose sur les deux ischions comme sur deux piliers ; que l'un des deux manque, et la station assise sera très-gênée, sinon impossible. En l'absence de fracture de la colonne vertébrale, c'est donc là un signe d'autant plus précieux qu'il est le seul visible au début et que l'absence de déformation, de rougeur et de gonflement tend à éloigner l'attention du médecin du vrai siége du mal.

Les auteurs d'observations analogues sont muets sur ce signe ; mais, bien que très-probable, ne fera-t-il jamais défaut ? Des blessés courageux ne pourront-ils pas rester assis en faisant reposer tout le poids du corps sur le côté sain ? Une forte contusion de la cuisse ne pourrait-elle pas d'ailleurs déterminer le même signe ? Le seul exemple mis en avant permet de poser ces questions, en laissant à l'observation ultérieure le soin de les résoudre. Ces réserves sur un signe d'une grande valeur sont trop légitimes pour ne pas être accueillies avant de l'admettre comme pathognomonique. (*Union méd. de la Gironde*, décembre 1866.)

Fracture du rachis. *Trépanation.* En présence des succès obtenus par cette opération — 8 sur 28 cas (voy. *Année* 1865), — on s'enhardit de toutes parts à la tenter dans ces cas graves où l'expectation est infailliblement suivie de la mort, sinon d'une existence encore pire. C'est ainsi que M. le docteur Cheevers, ayant observé deux cas de cette nature en 1866, à l'hôpital municipal de Boston, et suivis de mort en quelques heures, tenta la trépanation dans un troisième sur un homme de quarante ans,

apporté le 14 janvier 1867. Les membres inférieurs et le tronc étaient sans sensibilité ni mouvement, respiration diaphragmatique, sans stertor. Pupilles contractées, priapisme partiel et rétention d'urine. Mobilité et crépitation très-manifeste entre les omoplates. La hauteur de la chute, l'indifférence et l'étonnement du blessé font craindre une commotion cérébrale.

Néanmoins, la trépanation est immédiatement pratiquée. Plusieurs fragments mobiles des apophyses épineuses sont disséqués et extraits. Les lames des vertèbres étant fracturées, on en trépane quatre dont on extrait des segments d'arc. Mises à nu, les enveloppes de la moelle paraissent intactes, si ce n'est un petit caillot en haut de la plaie. Pas de compression appréciable. Mais l'emphysème commence sur le côté droit et en avant du thorax.

Placé dans une position convenable et stimulé avec des boissons alcooliques, l'opéré est trouvé le lendemain matin en parfaite connaissance; il tire la langue, avale et parle. Pouls très-plein à 108. Respiration thoracique; chaque muscle intercostal se contracte dans l'inspiration. Dyspnée légère. Emphysème sous le grand pectoral droit. Résonnance tympanique du thorax, respiration obscure. Priapisme. Le toucher est perçu jusqu'au genou. Une entrevue avec sa famille a été supportée parfaitement.

Mais bientôt l'état s'aggrave. Pouls à 160. Respiration oppressée et anxieuse, malgré la contraction des muscles thoraciques jusqu'à la fin, survenue vingt heures après l'accident. (*Boston med. and surg. Journal*, janvier.)

La restauration de la contractilité des intercostaux et de la sensibilité ainsi que la prolongation de la vie de quelques heures sont pour M. Cheevers les avantages évidents de cette opération dans ce cas dont il attribue la terminaison rapidement fatale à des lésions pleuro-pulmonaires non vérifiées par l'autopsie. Or, ces conclusions ne reposent sur aucune preuve. Le choc, l'ébranlement produit par la chute n'a-t-il pu amener momentanément le trouble des fonctions respiratoires et sensitives, sans que leur rétablissement après quelques heures doive être attribué à l'opération, surtout suivie de mort et sans autopsie? Dans ces conditions, le plus sage est de rester dans le doute.

Un nouveau cas pratiqué à Dublin par M. Tyrrell sur un laboureur de vingt-sept ans, a donné lieu à une discussion

intéressante à la Société de chirurgie d'Irlande, sur ce sujet. L'arc postérieur de deux vertèbres fut enlevé et une amélioration s'ensuivit pendant quatorze jours ; l'opéré put uriner avec une certaine force et la motilité des jambes s'accrut beaucoup. Mais des eschares survinrent, puis la paralysie complète, et l'opéré succomba deux mois après l'accident. L'autopsie montra la moelle légèrement déchirée et ramollie au siége de la fracture. (*Med. Press.*)

Devant la difficulté, sinon l'impossibilité même de reconnaître et de déterminer les cas où cette opération grave est indiquée, le professeur Hargrave voudrait que l'on mît une grande réserve à la pratiquer. La possibilité d'une hémorrhagie veineuse lui paraît surtout à redouter. Pour MM. Stokes et Hamilton, la compression ayant lieu par la saillie du corps des vertèbres fracturées, la trépanation ne peut la détruire qu'incomplétement. Mais M. Mac Donnell, promoteur et défenseur ardent de cette opération, a répondu victorieusement à toutes ces objections par le nombre respectable des succès obtenus. Il ne s'agit donc que d'en mieux étudier les indications et les contre-indications, en perfectionner le procédé opératoire, pour la faire admettre définitivement.

FRÉMISSEMENT ARTÉRIEL. Ce signe, déjà étudié dans les *Traités d'auscultation* de MM. Beau, Roger et Barth, est particularisé par M. le docteur Soulier dans l'artère humérale, qui le produit en appliquant immédiatement au-dessus du pli du bras, un ou plusieurs doigts sur ce vaisseau. Il l'a observé d'une manière presque constante et au plus haut degré dans l'insuffisance aortique, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les fièvres en général, soit essentielles, soit symptomatiques, et en fait un signe de la diminution de la tension du système artériel, dont l'état fébrile et l'insuffisance aortique sont les principales causes. On le rencontre souvent coïncidant avec le nœud musculaire et la tache méningitique. Mais en contestant à ce signe spécial une valeur séméiologique importante pour la fièvre typhoïde. M. Bondet ne le croit pas isolé ni différent du frémissement observé, constaté dans d'autres artères et connu depuis longtemps comme un signe de l'abaissement de la tension artérielle. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, juillet.)

G

GANGRÈNE. Gangrène imminente. *Affusions froides.* Au lieu du traitement banal par le chaud, qu'il considère comme irrationnel en ce que la chaleur paralyse les vaisseaux par la dilatation du sang qui y stagne et favorise la formation des phlyctènes et la mortification des tissus, M. le professeur Schutzenberger a traité par le froid une gangrène imminente de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras par thrombose de l'artère brachiale. Fondé sur ce fait que le froid détermine la contraction des parois vasculaires, il a pratiqué des affusions froides de demi-heure en demi-heure, combinées à un massage centripète, et le malade a guéri. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

Gangrène des membres. *Mort subite.* Certaines gangrènes des membres, selon M. Parise, peuvent causer une mort subite par la formation de gaz putrides dans les veines du membre gangrené, par leur irruption vers le cœur et par un mécanisme semblable à celui de l'introduction de l'air dans les veines pendant une opération. Cette terminaison est à craindre dans les gangrènes profondes, humides, à marche rapidement envahissante, à moins d'intervenir promptement et de pratiquer l'amputation immédiatement, si elle n'est d'ailleurs contre-indiquée. Dans ce dernier cas, il faut faire des incisions profondes et comprimer la veine principale à la racine du membre. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Gangrène des pieds. }
Gangrène cholérique. } Voy. CHOLÉRA.

GOITRE. Goître aigu. *Douches de vapeur.* M. le docteur Cavaillon s'en est parfaitement trouvé dans deux cas de goître *a frigore*. Après l'emploi *intùs* et *extrà* de l'iodure de potassium qui n'amenait qu'une amélioration lente, il lui suffit de faire diriger sur la tumeur des douches de vapeur dans un cas, des fumigations aromatiques dans l'autre, pour voir immédiatement le goître se fondre et disparaître en peu de jours. (*France méd.*)

Quelle que soit l'action de cette médication, l'effet en est trop rapide et efficace pour n'y pas recourir à l'occasion.

Goître exophthalmique. Siége. De l'analyse de 46 observations et d'une qui lui est propre, M. Geigel conclut que le point de départ direct ou irradié des symptômes complexes de cette maladie consiste dans un état congestif des parties supérieures de la moelle avec de légères altérations nutritives qui, par leurs exacerbations variables et leurs rémissions de plus longue durée, mais par leur intensité toujours croissante, produisent une tension anormale dans les centres nerveux correspondant au sympathique cervical et aux nerfs oculo-pupillaires et vaso-moteurs. Comme causes étiologiques pouvant prédisposer et conduire à cette forme locale et spéciale d'irritation spinale, il y a : le sexe féminin, la chlorose, l'anémie, les refroidissements, les affections morales profondes et les anomalies de la fonction sexuelle.

A l'appui de cette nouvelle doctrine, l'auteur invoque des raisons physiologiques et une seule autopsie ne présentant aucune altération du nerf vague, du grand sympathique ni de ses ganglions dans toute leur portion cervicale; tandis que l'on constatait dans les parties supérieures de la moelle un développement remarquable des petits vaisseaux et de leurs plus fines ramifications, élargissement du canal central autour duquel la substance médullaire était indurée, en même temps qu'il y avait hypertrophie légère de la névroglie. Il y avait de plus, au niveau de la synchondrose sphéno-occipitale, une exostose à demi ossifiée de 2 millimètres et demi de diamètre avec plusieurs points de pachyméningite sur la dure-mère.

Si ce siége est reconnu réel, le traitement devra consister en saignées locales, vésicatoires, séton à la nuque, et plus spécialement en injections hypodermiques de vératrine, morphine, strychnine, etc., tout en tonifiant l'économie. (*Wursb. med. Zeitschr*, 7e vol., 1866.)

Embolie. Sur une femme de vingt-trois ans, entrée à l'hôpital d'York le 16 août, et morte le mois suivant, le docteur Drummond rencontra à l'autopsie avec une exophthalmie cachectique, hypertrophie de la glande thyroïde et péricardite, une concrétion plate et volumineuse, moulée sur la cavité de la veine cave supérieure et empiétant sur l'oreillette droite. Dans

le ventricule droit, caillot fibrineux de quatre lignes de largeur attaché à la valvule tricuspide et divisé en deux lamelles comprenant entre elles une partie de la valvule A la valvule mitrale adhère un coagulum de deux pouces de long, arrondi, du volume d'une plume d'oie. Poumons à l'état normal (*Lancet*, février). C'est donc une autre complication de cette affection déjà si compliquée.

Goître kystique. M. Gayet ayant cherché à l'ouvrir avec la pâte de Canquoin, le pouls s'est rapidement élevé à 120 et 130 pulsations avec face altérée, grippée, yeux excavés, langue et bouche sèches, sans frissons ni sueurs. Mort rapide. Aucune trace d'infection purulente. A défaut d'explication, l'auteur suppose un état particulier inconnu dans son essence, qu'il propose d'appeler *thyroïdisme* à cause de la tuméfaction et de la congestion intense de la thyroïde coïncidant avec un état grave qu'il a observé à la suite de la cautérisation des kystes.

A ce propos, M. Laroyenne cite un cas semblable. La cautérisation, suivant M. Delore, est dangereuse, qu'elle soit pratiquée en dedans ou en dehors du kyste (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, juillet). Malgré les succès obtenus par ce moyen, il est donc grave et ne doit être employé qu'en cas d'accidents imminents.

Séton. En en modifiant le mode d'emploi, M. Hamburger, dans une pratique de plus de trente ans, en a obtenu des succès presque constants sans en fixer le nombre. Cherchant dans la partie supérieure un point où il n'y ait pas de veine ni de pulsations artérielles et en évitant surtout la thyroïdienne supérieure, il pratique une ponction d'une ligne de largeur environ. Parvenu ainsi dans la cavité, un stylet aiguille muni d'une mèche est introduit et sert à fixer avec la pointe de dehors en dedans, l'endroit de la contr'ouverture à pratiquer avec les mêmes précautions que la précédente. Le liquide est dès lors évacué, la mèche de charpie passée et le séton ainsi établi.

Une réaction violente se manifeste après quelques heures : température élevée, visage rouge, animé, céphalalgie vive, pouls fréquent, bondissant, soif vive, vomituritions, parfois délire. Tuméfaction du cou et de la glande, aussi l'opéré est-il mis à la diète et le séton pansé simplement avec du beurre ou de l'huile. Ainsi les phénomènes s'amendent du cinquième au sixième jour et le kyste s'élimine. On peut pratiquer des injec-

tions détersives; à l'intérieur, six à huit semaines sont nécessaires pour la guérison. Un seul cas de fièvre pyohémique a été observé par ce traitement (*Wochenblatt*, nos 30 à 33). Il semble donc préférable à la cautérisation, mais des faits statistiques et comparés sont indispensables pour établir cette préférence sur des bases certaines.

GOUDRON. Comme perfectionnement des différentes solutions exécutées (voy. *Année* 1866), M. Adrian propose la suivante :

♃ Goudron choisi	100	grammes.
Soude liquide à 36°	50	—
Eau	850	—

Liqueur limpide et se conservant indéfiniment sans dépôt.

ÉMULSIONS.

♃ Goudron choisi	100	grammes.
Jaune d'œuf	no 1	
Eau	750	grammes.

♃ Goudron	150	grammes.
Jaune d'œuf	no 1	
Glycérine	300	grammes.

Employée topiquement, cette émulsion n'a pas l'inconvénient d'adhérer à la peau comme la pommade au goudron. (*Bull. de thérap.*, no 9.)

GOUTTE. *La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux*, par le docteur Garrod, professeur de matière médicale et de thérapeutique à *King's College*, traduit de l'anglais par le docteur Auguste Ollivier, chef de clinique et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, et annoté par le docteur Charcot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, etc. 1 vol. in-8° de 730 pages, accompagné de figures et de planches.

Cet ouvrage offre, dit M. Charcot, une alliance heureuse des données de la recherche scientifique avec celles de la clinique.

On ne saurait mieux en montrer la valeur qu'en reproduisant le tableau suivant pour le diagnostic différentiel de la goutte avec le rhumatisme articulaire aigu et l'arthrite rhumatismale.

GOUTTE	RHUMATISME	ARTHRITE RHUMATOÏDE ou RHUMATISME GOUTTEUX
Très-souvent héréditaire.	Moins souvent héréditaire que la goutte.	Moins souvent héréditaire que la goutte.
Beaucoup plus fréquente chez les hommes.	Plus fréquent chez les femmes.	Plus fréquent chez les femmes?
Survenant rarement avant la puberté, et généralement beaucoup plus tard.	Plus fréquent chez les personnes jeunes, et généralement avant l'âge mûr.	Aussi fréquente chez les sujets jeunes que chez ceux avancés en âge.
Provoquée par la bonne chère, le vin et la bière.	Se rencontre surtout chez les sujets affaiblis; n'est pas produit par le vin, etc.; est provoqué par les refroidissements.	Amenée souvent par les causes débilitantes, et quelquefois provoquée par le froid. N'est pas amenée par le vin, etc.
Une ou plusieurs des petites articulations affectées dans les premières attaques, et spécialement le gros orteil.	Les grandes articulations plus souvent envahies que les petites, et généralement plusieurs à la fois.	Grandes et petites articulations affectées également.
Douleur considérable, œdème et desquamation épidermique.	Douleur moins intense; œdème très-rare.	Moins de douleur; tuméfaction considérable; souvent un peu d'œdème.
N'amène pas l'inflammation aiguë des tissus du cœur.	Cause souvent la péricardite et l'endocardite aiguës.	N'a pas de tendance à produire les maladies du cœur.
Mouvement fébrile modéré.	Mouvement fébrile considérable, trop accusé pour provenir seulement de l'inflammation locale.	Généralement peu de fièvre.
Accès périodique dans les premières attaques.	Accès non périodiques.	Pas de périodicité. La maladie est généralement progressive.
La première attaque ne dure guère que huit à dix jours.	Les attaques durent généralement beaucoup plus longtemps.	Durée des attaques indéterminée.
Sang riche en acide urique.	Pas d'acide urique dans le sang.	Pas d'acide urique dans le sang.
Dépôt constant d'urate de soude dans les cartilages et les ligaments enflammés.	Aucun dépôt d'urate de soude. Cartilages non ulcérés.	Pas de dépôt d'urate de soude. Cartilages ulcérés.
Amène souvent une maladie des reins.	N'a aucune tendance à produire une maladie des reins.	N'a pas de tendance à amener une maladie des reins.
Produit souvent des concrétions tophacées à l'extérieur.	Ne produit jamais de tophus.	Ne produit point de concrétions tophacées, mais cause souvent une tuméfaction considérable des articulations.

GREFFES. Greffe pathologique. — V. Cancer.

GROSSESSE. Diagnostic. Si facile que paraisse et que soit le diagnostic de la grossesse dans la généralité des cas, même pour le vulgaire, il en est tout autrement quelquefois pour le praticien, le spécialiste exercé. Au début surtout, durant les deux à trois premiers mois, les exemples ne sont pas rares où il ne peut se prononcer catégoriquement à cause des complications pathologiques qui en masquent ou en simulent les signes naturels. Le doute ne peut même cesser parfois qu'avec les battements cardiaques ou les mouvements actifs du fœtus, et encore, la femme se méprenant souvent à cet égard, les primipares surtout, des erreurs grossières ont ainsi pu être commises durant six à sept mois ; cette méprise est surtout fréquente dans le cas de môle ou de kystes hydatiques. Pour l'honneur de la science, le médecin ne doit donc négliger aucun des moyens d'exploration en son pouvoir avant de se prononcer, ainsi que le montre le fait suivant :

Une primipare de vingt et un ans, se disant enceinte de sept mois pour n'avoir pas eu ses règles depuis cette époque, et sentir les mouvements de son enfant distinctement, se présenta à M. Ley à cause d'un malaise qu'elle éprouvait et un léger écoulement de sang provenant de l'utérus, que des injections astringentes suffirent à faire cesser immédiatement. Mais, un mois après, le même accident ayant reparu et cédé aux mêmes moyens, un examen s'ensuivit qui donna les résultats suivants :

Seins très-volumineux, avec une aréole très-marquée autour du mamelon. L'abdomen était développé comme à huit mois de grossesse. Aucun battement cardiaque du fœtus ne put être perçu ; mais, ayant éprouvé souvent ce désappointement, dit l'auteur, il n'en admit pas moins la grossesse devant cette assurance positive de la femme qu'elle sentait remuer son enfant toutes les nuits, surtout en se mettant au lit, et souvent même dans la journée, qu'elle avait beaucoup éprouvé de maux de cœur les quatre premiers mois, et que ses règles, jusque-là, avaient toujours été très-régulières auparavant.

En effet, un mois après, il fut appelé en toute hâte pour l'accouchement. La femme était plongée dans la prostration par suite d'une abondante perte de sang. Douleurs vives, régulières, toutes les trois à quatre minutes, donnant lieu à un écoulement plus abondant de sang. Au toucher, dilatation complète du col;

une masse pulpeuse se présentait qui fit croire à une insertion du placenta sur le col, et il est de fait que les deux hémorrhagies antérieures venaient à l'appui. L'extrême abondance de l'écoulement du sang et la faiblesse du pouls commandaient d'agir sans délai. Introduisant la main dans l'utérus pour faire la version et terminer l'accouchement aussi promptement que possible, M. Ley fut fort déçu de ne pas trouver le fœtus, mais une masse immense, pulpeuse, molle, dont une partie était déjà tombée dans le vagin. Elle fut bientôt expulsée en entier par la continuation des contractions puissantes de l'utérus comme dans l'accouchement naturel. C'était une masse immense d'acéphalocystes comptant des milliers de vésicules réunies entre elles comme des grappes de raisin, avec une substance intermédiaire analogue à celle du placenta. Aussitôt après son expulsion, les douleurs et l'hémorrhagie cessèrent, l'utérus revint sur lui et donna un écoulement lochial comme dans l'accouchement. La sécrétion laiteuse s'établit dès le troisième jour, et fut très-abondante, sans la moindre différence, dans tous les symptômes, de ceux de l'accouchement naturel. (*Med. Times*, décembre.)

C'était donc là un véritable accouchement... d'hydatides. Sans être nouveau, ce cas n'a peut-être pas beaucoup d'analogues pour simuler aussi bien dans tous ses détails, et jusqu'à la fin, un accouchement réel. Si l'accoucheur s'est montré crédule, qui n'en ferait autant en l'absence d'accidents et l'existence de tous les signes extérieurs indiquant la grossesse et fortifiant les assertions de la femme, qui reposaient probablement sur des sensations réelles? car il existe de nombreux témoignages semblables, surtout dans les cas de môle ou d'hydatides; aurait-il cherché à connaître la cause de l'écoulement sanguin au septième ou au huitième mois, qu'il eût probablement conclu à l'insertion du placenta sur le col, et, en l'absence d'accidents, l'expectation était de règle. Son seul tort est de ne pas avoir assez tenu compte de l'absence des battements cardiaques du fœtus, et ce fait montre la valeur absolue de ce signe, sans lequel on ne saurait affirmer sûrement la grossesse sous peine d'être démenti honteusement.

Au point de vue médico-légal surtout, c'est un exemple de la réserve qu'il convient de garder en l'absence du corps du... crime, alors que toutes les probabilités même tendent à établir un accouchement réel.

Influence de la variole. Suivant le docteur Barnes, elle serait plus grande sur l'utérus que sur l'embryon ou le fœtus, conformément à cette doctrine de Marshal-Hall et de Brown-Séquard, quant à l'influence du sang chargé d'acide carbonique sur la contraction des muscles involontaires. Les contractions qui se manifestent ordinairement, l'avortement qui s'ensuit, et la naissance d'enfants vivants, comme il en a observé 3 cas et M. Baker 8, tendent à justifier cette interprétation. L'apparition des menstrues chez les femmes non enceintes, et même chez les aménorrhéiques, en est une autre preuve. Mais il est à remarquer que les 8 fœtus nés vivants du docteur Baker furent atteints d'une éruption varioliforme dans les huit premiers jours de leur naissance et succombèrent. D'où il est permis d'inférer qu'ils ont été infectés par le sang maternel et sont nés dans la période d'incubation de la maladie. (*Obstetr. Society*, juin.)

D'ailleurs, les hémorrhagies utérines qui s'observent dans ce cas ne paraissent autres que les épistaxis signalées par M. Gubler comme marquant le début des maladies aiguës. Si, comme nous l'avons remarqué, elles sont plus constantes et abondantes dans la variole que dans la pneumonie, par exemple, c'est que le trouble, l'infection virulente, sont plus profonds. On ne peut donc conclure à une action spéciale sur l'utérus, et, loin qu'il y ait lieu de provoquer l'accouchement prématuré, comme le croit M. Barnes, ni de vacciner ni revacciner les femmes enceintes, comme le demande le docteur Madge, il est beaucoup plus sage de s'abstenir, car la simple inoculation pourrait amener l'avortement. Mieux vaut une sage expectation qu'une thérapeutique à outrance pour prévenir des accidents aussi problématiques.

Déviation de l'utérus à droite. Un fait, mais un seul, éclairé par l'autopsie, tend à montrer l'action de l'S iliaque du côlon sur cette déviation, qui se rencontre 80 fois sur 100 au terme de la grossesse. Sur une accouchée de la Clinique obstétricale de Turin, dont l'utérus était très-incliné à droite, le docteur Paventa rencontra, à l'autopsie, l'S iliaque plus long qu'à l'état normal, et portée entièrement dans la fosse iliaque droite, tandis que le rectum descendait le long de la symphyse sacro-iliaque de ce côté; l'insertion du placenta était en haut et en avant. Cette position anormale du rectum, constatée souvent

sur le vivant, est une preuve pour lui que cette cause agit fréquemment sur l'inclinaison droite de l'utérus et se rapporte à l'immense majorité des présentations du vertex en position occipito-iliaque droite antérieure. (*Gazz. med. di Torino*, octobre.)

Vomissements incoercibles. Chez deux femmes multipares où cet accident avait résisté aux médications classiques : sous-nitrate de bismuth, bicarbonate de soude, craie et magnésie, charbon, essayés pendant plusieurs semaines, eau de Seltz, boissons glacées, glace, vésicatoires, diverses préparations narcotiques, M. le docteur Jouon en obtint la cessation en administrant les pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme toutes les heures. (*Journal de méd. de l'Ouest.*) Voy. VOMISSEMENTS.

Grossesse tubaire. Deux nouveaux cas en montrent le danger. Dans le premier, observé par le docteur Lallemant (de Nancy), la rupture du kyste survint au deuxième mois et provoqua une hémorrhagie péritonéale qui entraîna la mort. Le second, observé par les professeurs Schutzenberger et Stoltz, se termina de même. Arrivée au deuxième mois, la femme fut prise tout à coup, le matin à six heures, d'une douleur abdominale vive, accompagnée de frisson, décoloration des traits, faiblesse du pouls, etc., et succomba presque immédiatement. L'autopsie montra un rétrécissement sans oblitération complète de l'oviducte à un demi-centimètre de l'utérus, déterminé par une péritonite chronique péri-utérine, ce qui explique l'arrêt et le développement de l'œuf derrière le point rétréci de la trompe de Fallope (*Soc. de méd. de Strasb.*, avril). Ne serait-il pas possible d'établir statistiquement l'époque la plus fréquente où cette rupture a lieu et de la prévenir par le fœticide, au moyen d'injections ou de décharges électriques, comme cela a été proposé et même tenté déjà (voy. *Année* 1864). La plus grande difficulté est de constater la grossesse.

Grossesse avec tumeur ovarique. Les succès récents de l'ovariotomie ont fait surgir une question toute nouvelle ; à savoir, quelle conduite doit tenir l'homme de l'art quand un kyste de l'ovaire vient compliquer la grossesse et mettre obstacle à l'accouchement ? Des erreurs de diagnostic ayant montré que l'ovariotomie est possible avec succès, lors même

que l'utérus est gravide, comme une observation de M. Spencer-Wells rapportée dernièrement en est la preuve, la solution est urgente. On ne pouvait la poser avant la connaissance exacte de ces tumeurs de l'ovaire, ni la pratique de l'accouchement provoqué. Un progrès en fait naître un autre, et c'est ainsi que la question est posée en ce moment.

Naturellement, c'était aux chirurgiens anglais à en prendre l'initiative. Comment agir en pareil cas? se demande M. le docteur Playfair, et il répond par des faits. Sur 57 cas collectés dans divers auteurs, la moitié environ, laissés aux seules forces de la nature, ont été mortels; tous les autres, au contraire, traités par la ponction préalable du kyste, ont été heureux. La moitié des cas où la crâniotomie a été employée, que le fœtus fût vivant ou mort, ont aussi été mortels. D'où il conclut, avec M. Spencer-Wells, que la ponction doit être employée de préférence à tout autre moyen, lors même que la tumeur permettrait sans cela le passage de la tête, car alors il peut en résulter sa rupture ou sa contusion, et des accidents consécutifs malgré l'emploi du chloroforme proposé par M. Hicks dans ces derniers cas.

Mais la ponction n'est pas toujours praticable. C'est ainsi que l'auteur même l'a expérimenté dans le seul cas qui lui soit propre. La tumeur était solide, et la crâniotomie dut être pratiquée. M. Spencer-Wells a rencontré un cas semblable où la ponction répétée ne donna pas de liquide. Dans ce cas, l'opération césarienne est-elle préférable à la crâniotomie ou à l'extraction, l'excision préalable de la tumeur?

Pour M. Barnes, l'accouchement prématuré est la plus sûre voie, car il en a vu plusieurs cas s'effectuer spontanément avec succès, et M. Murray en cite un autre exemple. Attendre le terme naturel, c'est exposer la femme à tous les dangers de mort de quelque manière que l'on opère. L'accouchement prématuré est même compatible avec la ponction, et offre ainsi plus de sécurité pour la vie de l'enfant et de la mère. (*Obst. Society of London*, mai.)

Il est donc acquis que, tout en variant d'opinion, les obstétriciens anglais les plus autorisés sont pour la méthode instrumentale ou chirurgicale. C'est conforme à la tradition, aux coutumes nationales. Pas un n'a parlé, dans cette discussion, du traitement médical, et cependant il y a des faits qui militent en faveur de son emploi. Tel est le suivant :

Chez une femme de vingt-quatre ans, nerveuse et de faible constitution, mariée depuis quatre mois, le docteur Rodrigues (de Moura) fut appelé, le 10 mai 1866, pour des douleurs extrêmes, avec difficulté de la miction et de la défécation, notablement augmentées après une course à cheval. L'absence des règles rendait la grossesse probable. Une tumeur comprimant le col vésical s'opposait au cathétérisme, et les autres moyens n'amenant qu'une amélioration légère, momentanée, une consultation fut provoquée qui mit hors de doute l'existence d'un kyste de l'ovaire droit compliquant une grossesse de trois à quatre mois. Le ventre était développé comme à terme, et formait une tumeur globuleuse proéminente, lisse, mobile, uniforme dans toutes les positions, parfaitement limitée du pubis à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et de 5 pouces et demi de largeur, fluctuante et mate dans toute son étendue, avec tympanisme dans les flancs comme signe différentiel de l'ascite.

Une ponction faite le 20 mai donna 10 livres d'une sérosité citrine, spumeuse, et amena un soulagement immédiat ; mais, dix-huit jours après, la tumeur avait repris son volume primitif, et, le 20 juin, une nouvelle ponction était nécessaire et donna issue à la même quantité de liquide. C'est alors qu'une compression régulière du ventre fut établie immédiatement avec une large bande épaisse faisant deux fois le tour du ventre concurremment avec l'usage interne de l'iodure de potassium dans une boisson diurétique. Sous l'influence de ce traitement rigoureux durant un mois, la tumeur ne se reproduisit pas et la malade pouvait uriner librement ; l'appétit et l'animation reparurent. La grossesse suivit sa marche régulière, si bien que, à la fin d'octobre, il y eut accouchement gémellaire de deux filles bien développées. Depuis, rien ne s'est reproduit, bien que la palpation décèle un endurcissement dans la fosse iliaque droite, débris indubitables du kyste atrophié. Mme M... jouit d'une santé parfaite, ainsi que ses deux petites filles. (*Gazeta med. da Bahia*, août.)

Sans être unique, cette observation est très-remarquable et fournit un nouvel encouragement au traitement médical à employer en pareil cas conjointement avec la ponction trop exclusivement préconisée. On comprend surtout qu'une compression méthodique ait de l'efficacité par le développement simultané de l'utérus gravide, d'où résulte une compression double sur le kyste. C'est donc au moins là un moyen à tenter.

La réserve est surtout commandée aux praticiens qui posent en règle de ponctionner quand même l'abdomen pendant la grossesse lorsqu'il y a fluctuation évidente, car l'hydropisie de l'amnios peut en imposer pour une ascite ou un kyste ovarique. M. Greenhalgh a ainsi observé un cas où le diagnostic différentiel était non pas d'une difficulté extrême, mais d'une impossibilité absolue. Après son septième accouchement en janvier 1867, une femme ne voit pas son ventre diminuer comme d'habitude, et dès le quatrième mois de la grossesse suivante, elle ne peut plus se baisser et à peine se mouvoir. A l'examen, le 23 octobre, l'abdomen est très-proéminent et de nombreuses veines le sillonnent. Fluctuation manifeste partout excepté dans la fosse iliaque droite, siége d'un engorgement mou et non fluctuant. Vagin court et relâché, col dilaté. Le ballottement ne peut être obtenu. On pouvait donc admettre aussi bien une grossesse avec hydropisie de l'ovaire que de l'amnios. Au lieu de ponctionner, on chercha à provoquer l'accouchement avec le seigle ergoté, et il s'ensuivit bientôt la rupture de la poche amniotique qui donna le mot de l'énigme et amena la guérison. (*Med. Soc. of London*, novembre.)

GUTTA-PERCHA. *La gutta-percha ferrée appliquée à la chirurgie sur les champs de bataille et dans les hôpitaux*, par le docteur F. Paquet, chirurgien en chef de l'hôpital Napoléon III à Roubaix, etc. Opuscule de 55 pages, in-8°. Librairie *Germer Baillière.*— Exposé sommaire, presque aphoristique, sans périphrases, fait par un ancien praticien, des avantages de l'emploi de la gutta-percha ferrée en chirurgie, sur les autres appareils de fractures notamment et comme moyen de remplacer la charpie, les bandes et autres pièces de linge, le bois, le fer et la plupart des appareils orthopédiques. Après en avoir décrit le mode de préparation et d'emploi, il signale les principales applications en détail. C'est donc une sorte de manuel de l'emploi de ce moyen. Et si les nombreuses applications qu'en fait l'auteur et les avantages qu'il y trouve avec faits cités à l'appui ont lieu d'étonner les personnes qui n'en ont pas fait un fréquent usage, c'est que le contraire est souvent tout le secret de succès invraisemblables au premier abord. Savoir manier, modeler un agent aussi malléable suffit à expliquer des bienfaits qu'une main inhabile ou inexercée n'y trouverait pas de même que dans tout appareil ou bandage mal appliqué.

H

HALLUCINATIONS. *Acide arsénieux.* Au lieu d'être un symptôme de la folie, les hallucinations, dit M. Lisle, n'en sont qu'une complication presque toujours grave et le symptôme le plus caractéristique d'une congestion cérébrale. Sur 193 aliénés hallucinés, traités par l'acide arsénieux à l'asile d'aliénés de Marseille, à la dose de 5 à 16 milligrammes par jour, soit 5 à 15 grammes de la solution de Boudin, divisée en trois fois dans la journée, au commencement de chaque repas, il a obtenu 131 fois ou 67 pour 100 la disparition de cette complication, et 29 autres malades en ont éprouvé une amélioration durable. C'en serait donc le remède par excellence. (*Acad. de méd.*, sept.)

HÉDROCÈLE. M. Uhde décrit sous ce nom la hernie rectale, de ἕδρα, anus, et κήλη, tumeur. La difficulté de se produire dans l'épaisseur d'une rectocèle rend compte de sa rareté et du silence gardé à cet égard par les classiques. La tumeur se rapproche à première vue d'une chute du rectum. Tantôt sphéroïdale, cylindrique, elle est quelquefois en forme de crosse. Elle est fortement tendue, offre une résistance particulière au toucher, surtout à la partie antérieure, ce qui est un des caractères distinctifs importants. Rouge, on voit à sa surface des follicules muqueux et des veines élargies. Si elle existe depuis un certain temps, les veines sont turgescentes, la muqueuse est œdématiée; de plus, une gangrène partielle existe souvent, et il peut même y avoir, à la partie antérieure surtout, un orifice dû à l'ulcération et communiquant avec l'excavation recto-vésicale ou recto-utérine.

L'hédrocèle peut être irréductible par suite de péritonite, d'engouement, d'adhérences. Quelquefois l'hédrocèle est étranglée. Le mécanisme de l'étranglement est peu connu. On l'a attribué à l'action du sphincter externe, du sphincter interne, à l'inflammation de la muqueuse rectale; mais les symptômes qui l'accompagnent sont très-graves et analogues à ceux de l'étranglement herniaire ordinaire. Si l'étranglement persiste, la perforation, la gangrène, des abcès stercoraux, la formation

d'un anus contre nature et le plus souvent la mort sont la conséquence de cette complication. Il est surtout important de distinguer l'hédrocèle de la chute du rectum, surtout dans les cas d'étranglement. Dans l'état ordinaire, on établit le diagnostic par la grosseur de la tumeur : son développement progressif, surtout à la partie antérieure ; la sensation sur un point d'un viscère réductible ou faisant saillie par la toux. Dans les cas d'étranglement pouvant se confondre avec la rectocèle étranglée, on basera le diagnostic sur l'existence de l'étranglement d'une partie limitée de la tumeur. Dans tous les cas, le pronostic est grave à cause de la difficulté de la réduction, qui ne s'obtient, d'ailleurs, pas complétement, et surtout de la possibilité de l'étranglement. Cependant on cite des malades ayant survécu à l'étranglement terminé par un anus contre nature. Lorsque l'hédrocèle est réductible, on peut espérer quelque soulagement par le repos, les bains froids, l'application d'une sorte de pessaire introduit dans l'anus. Dans les cas d'étranglement, on pourrait tenter le débridement après avoir mis à nu la tumeur à l'aide de deux incisions comprenant une partie du périnée et du prolapsus rectal et faites des deux côtés de la hernie ; peut-être suffirait-il d'inciser l'anneau musculaire qui semble étrangler la tumeur. M. Uhde propose une opération basée sur ce principe, mais que chaque chirurgien devra modifier, perfectionner selon les indications. (*Archiv für klin. Chirurgie.*)

HELLÉBORÉINE. Glycoside extrait par MM. Husemann et Marmé de la racine des hellébores noir et vert, et qui se trouve en plus grande abondance dans le premier. Cette poudre d'un goût sucré est plus soluble dans l'eau que dans l'alcool. Elle agit comme un poison narcotique : 30 centigrammes ont déterminé la mort d'un chat.

L'*helléborine*, que l'on trouve surtout dans les racines de l'hellébore vert, se présente sous la forme d'aiguilles blanches, brillantes, groupées en cercle. Soluble dans l'alcool auquel elle donne une saveur brûlante, dans le chloroforme, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'éther et les huiles grasses. Ses propriétés narcotiques sont plus marquées.

HÉMATURIE. *Copahu et cubèbe.* Survenue à la suite d'un coït suspect chez un jeune homme robuste, vigoureux, de vingt-

cinq à vingt-six ans, cette hémorrhagie résistait au perchlorure de fer, aux bains, aux boissons délayantes, à l'opium, au camphre, qu'une strangurie concomitante fit employer lorsque M. Méran administra des bols de copahu et de cubèbe contre une blennorrhagie légère. A peine le malade en avait-il pris quelques-uns que la strangurie cessa, et le lendemain la perte de sang, qui variait de 100 à 150 grammes à chaque émission, était réduite à un suintement insignifiant. (*Union méd. de la Gironde.*)

On peut bien discuter sur celui des deux agents qui a agi ici, mais le plus sûr est encore de les administrer ensemble.

HÉMIPLÉGIE. Symptomatologie. *Température.* Des expériences thermométriques exactes l'ont montrée plus élevée du côté paralysé que du côté sain. — Voy. Paralysies.

Suivant M. Charcot, la contracture seule change ce rapport. L'élévation de la température centrale, lorsqu'elle apparaît, est le prélude d'une mort prochaine.

Eschares. Elles se développent du deuxième au septième jour exclusivement sur la fesse paralysée par une rougeur livide disparaissant sous la pression du doigt, puis au centre de cette rougeur apparaît une tache vineuse violacée, dont l'épiderme se détache, et enfin une plaque noire qui gagne en étendue et en profondeur. Ils sont de très-fâcheux augure, car 13 fois sur 14 ils ont été suivis de mort.

Rigidité musculaire. M. Charcot la compare du côté paralysé avec celle que présentent les muscles des individus surmenés ou foudroyés, ce qui est en contradiction avec le relâchement vasculaire déterminé par l'afflux sanguin plus considérable des parties paralysées. (*Soc. de biologie.*)

HÉMORRHAGIES. Diathèse hémorrhagique. *Vin à haute dose.* Chez une femme ayant un tel ramollissement des gencives avec déchaussement des dents, que la salive très-abondante était constamment sanguinolente, et malgré l'usage des divers astringents topiques et internes, de véritables hémorrhagies gingivales mirent la malade dans un état très-grave. Le corps et les membres étaient tachetés de plaques bleuâtres; les jambes et les cuisses étaient criblées de taches de purpura.

C'est alors que d'après l'effet hémostatique des alcooliques à haute dose, constaté dans un but expérimental chez les animaux, M. Faure soumit cette femme à l'usage du vin de Bordeaux, plusieurs verres de suite, puis un chaque quart d'heure, de manière à la plonger dans l'ivresse. Dès le soir, elle était en effet aussi ivre que possible et on la maintint dans cet état toute la nuit. Le lendemain matin, l'hémorrhagie, si rebelle aux autres moyens connus : ratanhia, perchlorure de fer, limonades minérales, eau de Rabel, etc., était complétement arrêtée et n'a plus reparu depuis. La toux, l'oppression, l'insomnie, cessèrent de même, et les taches ecchymotiques disparurent sans se montrer de nouveau. Néanmoins, trois à quatre bouteilles furent encore absorbées dans les vingt-quatre heures pendant les quatre jours suivants. (*L'Evénement médical.*)

Ortie. Ses propriétés hémostasiques, telles qu'elles ont été annoncées dans le *Dictionnaire de* 1865, ont été confirmées par le docteur Vanackère dans plusieurs cas de métrorrhagie passive, épistaxis, ménorrhagie, hématémèse, etc. Il la prescrit sous forme de suc et le plus ordinairement de décoction, à la dose de 80 grammes pour 1000 grammes d'eau. Mais outre la répugnance qu'en éprouvent beaucoup de malades, l'ingestion, fréquemment renouvelée, produit une certaine irritation gastrique avec douleur, qui oblige parfois à en cesser l'usage. Afin d'obvier à cet inconvénient, il l'emploie avec la racine de grande consoude, — 15 grammes pour 500, — dont les propriétés mucilagineuses, émollientes corrigent l'effet désagréable de l'ortie en en favorisant l'action hémostatique. (*Gaz. des hôp.*, n° 15.)

Éponge. Ses propriétés hémostatiques bien connues sont surtout applicables, selon M. Demarquay, dans les hémorrhagies en nappe. Le sang qui la pénètre se dépouille de sa fibrine sous l'influence de ses inégalités, et le cruor, en s'accumulant à la surface ou à l'intérieur, forme un caillot résistant, tandis que le sérum mêlé aux autres liquides qui viennent de la plaie s'échappe au dehors par ses porosités.

Il en préconise ainsi l'emploi dans l'amputation du rectum où les hémorrhagies sont si redoutables : dans celles du col de l'utérus, de la glande mammaire, etc., etc. Il les laisse en place trois à quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à l'établissement

de la suppuration, pour éviter les douleurs d'une part, et les hémorrhagies consécutives de l'autre.

On ne peut s'empêcher de reconnnaître que cet agent, qui se trouve partout, d'un emploi facile, inoffensif, sans gêne ni douleur, convient là où d'autres hémostatiques sont inapplicables (*Gaz. des hôp.*, n° 22.)

Phlébostasie. Contre les hémorrhagies de la veine fémorale qui ont lieu dans les amputations du haut de la cuisse, M. Butcher emploie la torsion suivante : Avec un ténaculum percé d'un trou près de sa pointe dans lequel est passé un fil métallique, il traverse la peau, contourne la veine et le fait ressortir par la peau du côté opposé. Il suffit de serrer quelques tours pour faire cesser l'hémorrhagie qui ne s'est jamais renouvelée en enlevant le fil après vingt-quatre heures seulement. (*Dubl. quart. Journ. of med. Sc.*, novembre 1866.)

Hémorrhagies cérébrales. *Étude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales*, par M. Ch. Bouchard. Monographie tendant à prouver, d'après de nombreuses recherches faites sous la direction de M. Charcot, que la formation de ces hémorrhagies séniles résulte d'un état scléreux des petites artères avec atrophie de la tunique moyenne et production secondaire d'anévrysmes miliaires visibles à l'œil nu sous forme de petits grains globuleux de deux dixièmes de millimètre à un millimètre et plus. Violacés ou ocracés, grisâtres ou bleuâtres suivant l'épaisseur de leur paroi ou du sang qu'ils contiennent, tantôt mous, tantôt fragiles, appendus à un vaisseau visible à l'œil nu, ils se rompent à la moindre pression. Leur développement est lent, leur nombre considérable dans les diverses parties du cerveau. On les trouve toujours, dans le cerveau de ceux qui succombent à une hémorrhagie récente, rompus dans les parois du foyer. Les cerveaux offrant des traces d'hémorrhagies anciennes en présentent aussi constamment.

Hémorrhagies méningées. *Étiologie.* Contrairement à la doctrine soutenue par MM. Virchow, Charcot, Vulpian, qu'elles résultent de fausses membranes antérieures dont les vaisseaux ténus se rompent à un moment donné, c'est-à-dire qu'elles sont consécutives à la pachyméningite, M. le docteur Blachez montre un deuxième exemple où l'on rencontra à l'autopsie une assez

grande quantité de sang, à demi coagulé sous la dure-mère, sans épaississement de celle-ci ni traces de fausses membranes, dégénérescence granulo-graisseuse générale, suite d'alcoolisme.

Toutes ces hémorrhagies n'ont donc pas la même étiologie. La dégénérescence graisseuse des vaisseaux explique ici seule l'origine de l'épanchement. Ce serait donc un quatrième mode à ajouter aux trois déjà admis par M. Lancereaux : exhalation simple, rupture des vaisseaux, fausses membranes. (*Soc. méd. des hôp.*, mars ; *Union méd.*, nos 52 et 54.)

Hémoptysie. *Perchlorure de fer.* Imitant les essais tentés depuis longtemps avec les vapeurs du chlore, de l'iode que l'on fait inhaler aux phthisiques, M. le docteur Fieber (de Vienne), au lieu de donner le perchlorure de fer par la voie gastrique contre l'hémoptysie, l'a dirigé immédiatement sur le siége de l'hémorrhagie en le réduisant à l'état de vapeur par la pulvérisation. Employé par M. le docteur Brondgeest (d'Utrecht), chez trois tuberculeux, un homme de cinquante-sept ans et deux femmes de trente-cinq et vingt-cinq ans, atteints d'hémoptysie rebelle à d'autres moyens, il a parfaitement réussi. Après avoir essayé le tannin, il s'est arrêté à l'emploi d'une solution de perchlorure de fer (1 partie environ de fer cristallisé pour 100 parties d'eau distillée). Dans aucun de ces cas, M. Brondgeest n'a vu survenir d'aggravation de symptômes; il recommande seulement, pour éviter d'exciter la toux, de ne pas employer une solution trop concentrée et de ne pas placer le patient à une trop courte distance de l'appareil pulvérisateur. Les inhalations sont répétées toutes les heures d'abord, en faisant faire au malade dix, vingt, trente inspirations chaque fois; puis, plus tard, toutes les deux ou trois heures seulement, ou plus rarement encore, suivant les circonstances propres à chaque cas. (*Med. Press and circular.*)

Il y aurait plus de sécurité à employer en pareil cas la solution neutre et stable d'Adrian, dont le dosage est des plus faciles, sans aucune chance d'erreur dans l'intensité d'action du médicament avec lequel on agit à coup sûr.

Potion stibiée. Après avoir employé vainement les astringents et la digitale à l'intérieur contre une hémoptysie persistante chez une jeune phthisique entrée à la clinique de la Cha-

rité le 20 décembre 1866, M. le professeur Monneret employa avec succès la potion suivante :

℞ Julep gommeux..................	120,00	centigr.
Tartre stibié......................	0,25	—
Sirop de morphine................	20,00	—

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les heures; alimentation et vin de Bordeaux. Ce n'est qu'au quatrième jour de l'usage de cette potion bien tolérée, sans vomissements ni diarrhée, que le sang disparaît des crachats (*Bull. de thérap.*, mars). On peut donc se demander si c'est là un succès de la médication si vantée par le professeur Fonssagrives, de Montpellier.

Hémorrhagies utérines. Traitement. Dans le cas de tumeurs ou corps fibreux interstitiels de l'utérus, l'hémorrhagie *post partum* étant à peu près inévitable par le défaut du retrait de l'utérus après l'expulsion du produit, comme M. le docteur Richelot en rapporte un exemple remarquable, c'est à la compression de l'aorte qu'il faut recourir sans hésiter pour la combattre. Tout autre moyen hémostatique serait vain. Signalée par Chaussier, cette espèce d'hémorrhagie était considérée comme infailliblement mortelle: l'art était impuissant alors pour établir la compression de ce tronc artériel principal. Proposée par le docteur Chailly dans ce cas particulier depuis son introduction dans la pratique obstétricale, la compression digitale de l'aorte, employée pour la première fois par M. Richelot, a montré toute son efficacité en mettant immédiatement fin à l'écoulement du sang et en le faisant cesser définitivement après une demi-heure d'emploi. C'est un moyen héroïque en attendant l'action du seigle ergoté beaucoup plus lente pour provoquer les contractions utérines. (*Union méd.*, n° 27.)

Hémorrhagies puerpérales. — Voy. Accouchement, Métrorrhagies.

HÉRÉDITÉ. Dans un mémoire échappant à l'analyse, M. le docteur Morel a montré, au point de vue psychologique du moins, que toutes les fois que des individus d'une même famille, issus des mêmes parents, au lieu de porter le cachet uniforme de leur commune origine, appartiennent à des types dis-

semblables, mais en subissant à un degré quelconque l'hérédité morbide. C'est ce qu'il appelle *l'hérédité morbide progressive*. (*Arch. de méd.*, mai et juin.)

Sous le titre de *On the influence of age in hereditary diseases*, M. Sedgwick a montré, par de nombreux exemples pris dans les auteurs de tous les pays, notamment les français comme en fournissant le plus, l'influence de l'âge sur le développement des maladies héréditaires. Si, comme le précédent, ce travail échappe à l'analyse, il est une source immense d'érudition, surtout des travaux français modernes, qui mérite d'être indiquée. (*British and foreign med. chir. Review*, octobre.)

HERNIE. *Éthérisation locale.* Au premier succès rapporté dans le *Dictionnaire de* 1866, il s'en est joint bientôt d'autres en Angleterre, qui ne tarderont pas sans doute à être imités ailleurs. C'est à cette intention que nous les rapportons.

I. Chez un garçon de ferme de trente-cinq ans, atteint d'une hernie inguinale qui s'étrangla à la suite d'un effort dans le courant de septembre, M. le docteur Wallan n'ayant pu la réduire après plusieurs tentatives de taxis, réclama l'assistance du docteur Barclay.

De nouveaux essais de taxis n'ayant pas eu plus de succès que les premiers, l'opération paraissait devoir être bientôt la dernière ressource, quand l'idée vint à M. Barclay, avant de recourir à l'instrument tranchant, de voir si, par la réfrigération de la partie avec l'éther vaporisé, on n'obtiendrait pas le résultat dû plus d'une fois à l'emploi de la glace. Le malade fut immédiatement placé sur le dos, la tête et les épaules basses, le siége relevé avec une chaise renversée, de manière à favoriser par la position l'effet qu'on désirait obtenir ; puis avec l'appareil pulvérisateur de Richardson, on lança à petite distance de la vapeur d'éther sur la tumeur jusqu'à ce que, au bout de quarante secondes environ, on vit la peau pâlir. A ce moment, le taxis opéré sans effort suffit pour amener la réduction. (*British med. Journ.*, octobre.)

II. M. Steele (de Liverpool) l'appliqua contre une hernie inguinale congénitale assez volumineuse chez un garçon de quatorze ans. Le taxis restant sans résultat et les vomissements fécaloïdes persistant, il dirigea sur la tumeur une pluie abondante d'éther pulvérisé, et aussitôt le taxis fut suivi de succès. (*British med. Journ.*, novembre 1866.)

Ce moyen réunit en effet plusieurs avantages : à l'anesthésie qui, en relâchant les tissus et en évitant la douleur, facilite le taxis et aide singulièrement à la réduction, s'ajoute la réfrigération intense qui y contribue non moins puissamment en refoulant les liquides. Il promet ainsi d'être bientôt largement expérimenté.

Infusion de café. Ce moyen est loin d'être nouveau. Il est d'usage vulgaire à la Havane, et plusieurs faits enregistrés dans la science semblent en confirmer l'efficacité. Le suivant montre que son indication va jusqu'au degré ultime des accidents.

Une giletière de quarante-six ans est prise brusquement de douleurs très-vives dans le ventre, et quatre heures après surviennent des vomissements bilieux qui persistent trois jours durant malgré des purgatifs. Amenée à l'hôpital Necker le 8 octobre 1866, M. Guyot constate une distension, un ballonnement considérable du ventre. Les anses de l'intestin grêle se dessinent très-visiblement sous la peau. Ventre très-douloureux. Les vomissements sont devenus fécaloïdes dix jours après le début des accidents. Ils persistent malgré la glace, le calomel, l'huile de croton, le séné en lavements et un bain.

C'est devant cette persistance que M. Guyot prescrit huit tasses de café noir, une toutes les demi-heures, ce qui met la malade dans une grande agitation, mais bientôt une débâcle arrive, l'obstacle, le pseudo-étranglement, est levé et la femme sauvée. (*Soc. méd. chir. de Paris*, novembre.)

Par sa simplicité, la facilité de son emploi partout sans danger et surtout devant son efficacité de mieux en mieux confirmée, ce moyen mérite donc d'être rappelé à l'attention des praticiens. M. le docteur Bouvillon (d'Aubusson) y a aussi eu recours dans une hernie inguinale droite étranglée, grosse comme une petite orange, dure, tympanique. Le taxis, les lavements de tabac et de sel, les onctions belladonées, les cataplasmes étant restés vains pendant deux jours et les vomissements devenant fécaloïdes, la kélotomie semblait inévitable lorsque le café fut donné.

Prenez 100 grammes de café torréfié et fraîchement pulvérisé et cinq tasses d'eau bouillante, faites infuser et coulez ; la moitié d'une tasse chaque heure, à petites gorgées et froide, pour ne pas provoquer les vomissements ; telle fut l'ordonnance. Le lendemain matin le malade lui apprit, à sa très-grande sur-

prise et satisfaction, que cette hernie si dure et si immobile s'était amollie soudain après la sixième dose de café et était rentrée d'elle-même avec un gargouillement. Un bandage fut appliqué aussitôt et la hernie ne s'est pas reproduite. (*Bull. de thérap.*, janvier.)

Ces succès bien constatés ne permettent pas de douter d'une action directe du café, bien que le hasard joue un grand rôle en pareil cas. Comment agit-il ? est-ce en faisant contracter les capillaires par l'intermédïaire du grand sympathique et en décongestionnant la hernie? Quoi qu'il en soit, le remède est trop simple et trop inoffensif pour ne pas être tenté dans tous les cas. En en faisant connaître les insuccès, on arriverait à en mieux préciser l'action et les indications.

Estudo sobre as hernias parietaes de bexiga e sobre os calculos vesicaes encarcerados (Etude sur les hernies pariétales de la vessie et les calculs enchatonnés), par M. da Silva Amado, lauréat de l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne, préparateur et conservateur du musée de cette école, etc., brochure de 61 pages in-8°, Lisbonne. Travail d'érudition contenant dix-sept observations empruntées aux urologistes, lithotomistes les plus célèbres.

Om Brokincarceration (Sur la hernie étranglée), thèse pour le doctorat en médecine, soutenue à l'Université de Copenhague, par M. Plum. In-8° de 200 pages, 1866.

Travail original et exclusivement statistique des plus intéressants. Basé sur un relevé officiel de 572 cas observés à l'hôpital Fréderick, il est divisé et subdivisé sous une infinité de rapports cliniques donnant des résultats statistiques, confirmatifs et parfois nouveaux. Ainsi, sur les 126 décès suivis d'autopsie, 119 fois la péritonite en a été reconnue la cause. Sur 229 kélotomies, l'intestin était gangrené totalement 3 fois et partiellement 40. Le pronostic et le traitement résultent également de nombreux tableaux statistiques. (*British and foreign Review*, janvier.)

Hernie ombilicale. *Modification opératoire.* Perfectionnant son procédé comme il se l'était promis (voy. *Année* 1866), M. Demarquay, après avoir mis le sac à nu dans toute son étendue, l'a ouvert avec soin de manière à introduire l'indicateur de

la main gauche dans sa cavité et avec lequel il accroche l'anneau constricteur; puis, glissant sur sa face palmaire un bistouri falciforme, il le fait pénétrer jusqu'à l'étranglement qu'il incise dans une étendue de un centimètre et demi au moins au lieu de quelques millimètres, comme il l'avait fait dans les deux précédentes opérations. Il ne s'est écoulé ni sang ni sérosité. Des points de suture entrecoupée ont réuni la plaie immédiatement, et l'opium administré à dose fractionnée a amené le sommeil et prévenu les vomissements. Aucun accident n'a ainsi entravé la guérison. (*Union méd.*, n° 78.)

Les principales modifications ici sont l'étroite ouverture faite au sac, le large débridement de l'anneau et la non-réduction de l'intestin, qui s'opère ainsi spontanément et sans avoir été examiné préalablement. Mais quoique l'étroite ouverture du sac comblée aussitôt par l'index permette de débrider presque à l'abri de l'air, il n'est pas exact d'assimiler ce procédé aux opérations sous-cutanées, car l'air a évidemment accès dans la cavité abdominale; sans doute moins qu'en ouvrant largement le sac pour examiner l'intestin et en y faisant le vide par la réduction manuelle de celui-ci; mais il suffit qu'il ait une ouverture directe pour s'y précipiter. La crainte de la gangrene de l'intestin est aussi une contre-indication de ce procédé.

HÉTÉROGÉNIE. Par de nouvelles expériences ingénieuses, M. le docteur Onimus donne une explication, sinon une solution de la génération spontanée d'éléments anatomiques au sein d'un blastème amorphe. Après en avoir constaté la production, il a vu que les phénomènes d'endosmose et d'exosmose en étaient la condition indispensable. Leur rapidité ainsi que la chaleur, la composition des solides et des liquides ont une influence marquée sur la genèse des leucocytes, tandis que la coagulation de la fibrine en empêche le développement.

Ces propositions résultent d'expériences faites avec la sérosité des vésicatoires et du sang renfermés comparativement dans des sacs de baudruche plus ou moins épaisse, de caoutchouc et des tubes en verre, et placés sous la peau de lapins et de pigeons.

Des expériences analogues lui ont également démontré que le développement d'organismes microscopiques dans la substance organisée ne dépend pas des germes atmosphériques, mais des conditions nécessaires à la putréfaction des matières

organiques. Exemple : Après avoir maintenu de la baudruche dans de l'eau bouillante, puis desséchée dans une étuve à plus de 100 degrés, du sang provenant d'une artère coupée en deux, introduit dedans et placé sous la peau d'un animal, donne, après trente-six heures, des vibrions, tandis que le même sang placé dans un tube à vaccin, fermé aux deux bouts à la lampe et déposé dans la même plaie, n'en produit aucun. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, nº 1.)

On ne saurait se défendre d'admettre la génération spontanée devant des résultats aussi évidents et qui condamnent le procédé de M. Pasteur pour prouver le contraire. A moins d'admettre que les leucocytes et les vibrions traversent la baudruche, il faut croire à leur développement spontané dans les conditions qui le favorisent.

HOPITAUX. *Honoraires des médecins.* A la suite d'un mémoire rempli de judicieuses appréciations sur le *Traitement pécuniaire des médecins des hôpitaux*, par M. le docteur Garin, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'administration des hôpitaux de cette ville a arrêté, par une délibération du 12 décembre 1866 et approuvée par l'autorité le 21, qu'à partir du 1er janvier 1867, le traitement des médecins de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, de la Croix-Rousse et de l'Antiquaille, qui était resté le même pendant près d'un siècle, serait porté de 1200 à 2000 francs (*Gaz. méd. de Lyon*, nº 1). C'est un double triomphe pour celui qui a provoqué cet acte de justice, en prenant sa retraite de ce service des pauvres, de l'avoir obtenu pour ses successeurs sans être appelé à en profiter. Tout l'honneur lui en reviendra.

Hôpitaux maritimes. — Voy. SCROFULE.

Statistique médicale des hôpitaux de Paris, 2 vol. in-folio comprenant les années 1861 et 1862. Paris.

St.-Bartholomew's hospital Reports (Rapport de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres), par MM. Edwards et Callender. 3e volume.

St.-Georges hospital Reports, par MM. Ogle et Holmes, 2e volume.

Malgré la grande publicité offerte par la presse médicale, hebdomadaire et mensuelle, les nombreuses sociétés et tous les travaux remarquables qui se produisent, l'esprit de corps des médecins et chirurgiens des grands hôpitaux de Londres en a conduit plusieurs à imiter depuis quelques années ce qui s'est fait avec tant de succès pour l'hôpital Guy, en publiant séparément les faits observés dans ces hôpitaux et les travaux qu'ils ont inspirés; sorte de *clinique* dont ces deux volumes offrent un spécimen par des observations et des mémoires importants.

HUMEURS. *Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme*, professées à la Faculté de médecine de Paris, par Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. 1 vol. in-8° de 848 pages, avec 24 figures.

HYDATIDES. Hydatides infiltrées. DIAGNOSTIC. Un exemple de cette affection très-rare, et désignée par les Allemands sous le nom d'hydatides multiples ou multiloculaires, a été observé par M. Féréol à l'hôpital Saint-Louis, chez un Bavarois de quarante-cinq ans chez lequel on diagnostiqua une cirrhose hépatique. Il y avait en effet ascite considérable ayant nécessité six ponctions dans les trois derniers mois; amaigrissement très-prononcé du tronc et des membres supérieurs, avec œdème en bas qui augmenta jusqu'à la mort. Le foie ne dépassait pas les fausses côtes et la matité hépatique ne remontait pas jusqu'au mamelon; anorexie progressive sans vomissements ni ictère, teinte cachectique très-prononcée, constipation légère; selles bilieuses.

Mais, par contre, il y avait absence d'alcoolisme et de syphilis; urines non albumineuses ni sucrées, anémiques seulement, sans la couleur acajou ni les dépôts de la cirrhose. Au lieu des troubles intestinaux, c'étaient des accidents pulmonaires, toux, expectoration, indiquant une évolution tuberculeuse.

L'autopsie montra dans le foie et les poumons une masse de tissu dégénéré, ramolli au centre, formant des cavernes anfractueuses remplies d'un magma jaunâtre, d'une sorte de bouillie, de matière athéromateuse ramollie; d'autres plus petites, en quantité innombrable, sont remplies d'une matière gélatineuse

colloïde, rougeâtre et communiquant toutes les unes avec les autres. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet.)

Hydatides du cerveau. Voici les symptômes que leur assigne M. Koch et auxquels on peut en diagnostiquer l'existence. Au début, céphalalgie, vertiges. En croissant, la première s'aggrave et les seconds dégénèrent en convulsions épileptiformes, ayant cela de spécial que la tête, projetée en avant, heurte inévitablement les objets qui s'offrent à elle dans cette direction. D'autre part, la sensibilité s'émousse, la mémoire s'affaiblit ; il se produit, en certains points, des douleurs suraiguës, quelquefois de l'hémiplégie. Le tout se termine par la dégradation physique et la démence. Les mouvements convulsifs ont beaucoup d'analogie avec le tournis des moutons, dû lui-même au *cœnurus cerebralis.* On constate aussi des changements fonctionnels des sens, vue, odorat, ouïe, tact, etc.

Les échinocoques diffèrent des cysticerques en ce que ceux-ci provoqueraient des attaques d'épilepsie véritables et mortelles, et n'entraîneraient pas la démence; question de siége, peut-être, les cysticerques occupant spécialement la substance grise périphérique, les échinocoques résidant, au contraire, au sein des hémisphères ou dans les cavités ventriculaires. Plus dangereux, progressant jusqu'à la mort, ceux-ci d'ailleurs donnent lieu à de violentes douleurs de tête que l'on n'observe point avec les premiers.

Malheureusement, aucun fait ne vient à l'appui de ces données. (*Ann. méd.-psycholog.*)

HYDROCÈLE. Hydrocèle de Gibbon. Dénomination proposée par M. le professeur Bouisson pour rappeler la corrélation d'une hernie volumineuse et d'un épanchement séreux dont cet historien célèbre a offert l'un des types les plus marqués. C'est à l'occasion d'une hydrocèle du sac herniaire si volumineuse que sa plus grande largeur était de 180 centimètres et son diamètre vertical de 50. Aussi put-il en extraire 16 litres de liquide dès la première ponction et 26 à la seconde, outre l'énorme paquet intestinal et épiploïque contenu dans cette enveloppe. Sous ce rapport, l'observation méritait donc d'être rapportée.

Mais en confondant sous ce titre nouveau tous les divers épanchements qui peuvent se produire dans telle ou telle des

poches séreuses susceptibles de se montrer dans la région scrotale, le savant professeur en a pris occasion pour distinguer ces variétés et en rappeler l'histoire clinique. Il les divise sous les quatre titres suivants : hydrocèle dans un sac herniaire; hydrocèle de la tunique vaginale surajoutée à la hernie; hydrocèle dans un kyste sur le trajet de la hernie; hydrocèle composée résultant de la coexistence de la hernie avec plusieurs de ces épanchements.

C'est à exposer les caractères différentiels de ces variétés et de leurs subdivisions que l'habile clinicien de Montpellier a consacré un long article magistral, qui résume l'état des connaissances actuelles sur ce sujet. (*Montpell. méd.*, février.)

Danger de la guérison. Sur un asthmatique octogénaire qui avait subi plusieurs fois la ponction sans nul accident, le docteur Liégey l'ayant pratiquée dans l'automne de 1855, ce vieillard fut pris d'une vive inflammation du testicule et de la tunique vaginale qui détermina la guérison; mais aussitôt l'asthme prit un accroissement graduel qui, peu de temps après, emporta le malade (*Journ. de méd. de Bruxelles*, avril). Malgré les apparences, il faudrait d'autres cas pour décider de la nocuité de la guérison en pareil cas, l'âge avancé du malade pouvant expliquer une simple coïncidence.

HYDROCÉPHALIE. *Cautères.* Depuis plusieurs années, M. Kennedy, de Dublin, préconise, sans exclusion des moyens ordinaires, de larges fonticules avec la poudre de Vienne placés au centre des pariétaux. Il les fait suppurer et propose même de les établir par incision afin d'obtenir une suppuration plus prompte, objet essentiel de ce traitement. Douze nouvelles observations recueillies dans son service de l'hôpital de *Cork-Street* et présentées à la Société médicale du collége, tendent à montrer l'efficacité de ce moyen. Car les autres étant ordinairement inefficaces, il en conclut que celui-là seul a agi curativement; mais ces observations laconiques, écourtées, sont d'autant moins concluantes que, d'après l'auteur, l'hydrocéphalie consécutive au typhus est à peu près la seule curable par ce mode de traitement. Il n'en rapporte pas d'autre exemple de guérison et omet même de faire la statistique des succès et des insuccès afin de mieux en faire connaître les avantages. Et puis quelques signes cérébraux, la dilatation des pupilles notamment, lui

suffisent pour lui révéler l'épanchement méningien. Or, on sait que ce signe n'en est guère pathognomonique.

Les guérisons sont nulles, au contraire, dans l'hydrocéphalie idiopathique ou consécutive aux affections intestinales, aux fièvres éruptives, à la coqueluche. Il peut donc y avoir doute sur l'efficacité réelle de ce moyen dans l'épanchement cérébral. (*Dublin quarterly Journal*, février.)

HYDRO-PUNCTURE. Opération destinée à faire pénétrer des liquides dans le derme sans solution de continuité à la peau. Un jet capillaire de liquide projeté avec la force de vingt-cinq atmosphères suffit à cet effet. Une seringue imaginée par M. Sales-Girons réalise ce pouvoir. Le liquide contenu dans une ampoule en verre correspondant avec le corps de la pompe, de 3 millimètres de diamètre, y entre en tirant le piston et en sort en le poussant avec la force voulue pour pénétrer dans les tissus. Elle se pratique donc avec la plus grande facilité. Il a été mis à profit contre les névralgies rebelles avec de l'eau simple ou des liquides médicamenteux. (*Acad. de méd.*, décembre 1866.)

HYGROMA. *Guérison par gangrène.* Ce mode d'élimination spontanée n'avait pas encore été signalé. M. Ward Cousins, en en rapportant une observation, montre qu'il n'y a pas tant lieu de s'étonner de sa manifestation dans les tumeurs encéphaloïdes ou d'un autre caractère spécifique, puisque le simple hygroma en est même justiciable.

Une femme de vingt-six ans était atteinte depuis huit ans d'un hygroma de la bourse prérotulienne droite qui devait être très-douloureux après une longue marche. Du volume d'une petite orange, il était très-dur et résistant à la pression, avec la peau rouge et luisante. Le trocart explorateur ne donna issue à aucun liquide, mais peu de jours après l'inflammation s'exagéra et la tumeur prit une coloration foncée et un aspect gangréneux. Le tégument céda, donna issue au tissu fibreux sphacélé. La poudre de charbon et des lotions chlorurées facilitèrent l'élimination de la masse entière, qui se détacha en laissant une profonde cavité. La cicatrisation fut rapide. (*Med. Times*, novembre 1866.)

HYSTÉRIE. — Voy. Photophobie.

I

ICTÈRE. Cherchant à préciser de plus en plus la cause de cette affection, le professeur Virchow ne croit pas que l'on doive rattacher à l'ictère *hématogène*, comme on le fait, tous les cas où l'on ne trouve pas d'obstacle mécanique saillant au cours de la bile (tumeur, calcul, etc.), en invoquant la bile non encore sécrétée ou une matière préexistante dans le sang et analogue à la bile comme le produisant. Il y a là une erreur; dans bien des cas, il doit y avoir ictère *hépatogène* ou par arrêt mécanique, sans qu'il y ait pour cela d'obstacles apparents au cours de la bile. Le critérium de l'ictère hépatogène était autrefois pour lui l'infiltration des cellules hépatiques par la matière colorante, et il croyait que dans les cas d'arrêt de bile, l'ictère du foie précédait toujours l'ictère général; mais il est revenu sur cette opinion trop absolue, et il croit aujourd'hui que si l'infiltration des cellules hépatiques prouve l'existence de l'ictère hépatogène, cet ictère peut cependant exister sans cette infiltration. Ainsi de l'ictère catarrhal.

L'examen des voies biliaires a sous ce rapport la plus grande importance; car il y a une espèce d'ictère se rattachant à une inflammation de l'intestin (gastro-duodénite) propagée aux voies biliaires.

Les moyens d'examen des voies biliaires (sonde passée dans le canal cholédoque, pression sur la vésicule pour voir si la bile coule dans le duodénum) sont fautifs et mènent à des conclusions erronées sur leur perméabilité. On oublie que l'état catarrhal des muqueuses subit après la mort des changements considérables; la rougeur et la turgescence vitale ont disparu, et au lieu d'un tissu altéré d'une façon notable, on a devant les yeux des tissus presque normaux. L'état cadavérique est donc loin de donner la mesure de l'état vital.

Une autre erreur consiste à chercher la plupart du temps le catarrhe dans le canal cholédoque, le canal hépatique, la vésicule ou les canaux biliaires; ces catarrhes existent bien, mais ils sont à peu près sans action sur la production de l'ictère: ainsi, dans le choléra, il y a ordinairement un catarrhe des voies biliaires, et même très-douloureux, et cela sans ictère.

Dans l'ictère catarrhal, il faut surtout avoir égard à l'embouchure du canal cholédoque, ou mieux à la partie intestinale de ce conduit, à cette partie qui traverse obliquement les tuniques de l'intestin. C'est là qu'est l'obstacle au cours de la bile, obstacle qui après la mort se laisse facilement franchir par la sonde. On reconnaît cette obstruction aux signes suivants :

1° *Gonflement des tissus.* C'est tantôt une simple succulence; d'autres fois, c'est un véritable œdème accompagné souvent d'une hypérémie évidente, et parfois d'une hémorrhagie interstitielle. Quand l'hypérémie et l'hémorrhagie existent, on les trouve, non dans le canal même, mais autour de son embouchure, et assez souvent sur la muqueuse duodénale voisine.

2° *Présence d'un bouchon blanchâtre dans la partie intestinale du canal cholédoque.* Ce bouchon est formé par du mucus et surtout par des débris épithéliaux ; c'est une masse molle, assez cohérente, de la grosseur d'une graine de chanvre, et que l'on fait sortir par l'embouchure en pressant sur la partie intestinale du canal ; sa blancheur prouve que la bile ne passe plus.

3° *Élargissement et couleur jaunâtre de tout le reste du canal*, tandis que dans la partie intestinale la muqueuse est presque incolore.

L'ictère catarrhal n'est donc pas autre chose qu'un catarrhe de la partie intestinale du canal cholédoque. Cet obstacle n'est pas absolu, mais peut être levé par instants par la pression du liquide sécrété et par l'action musculaire des voies biliaires ; c'est ce qui explique ces ictères dans lesquels les selles sont alternativement incolores et colorées.

La connaissance de cet état permet de réduire d'autant les ictères hématogènes, et permet de rattacher à la rétention mécanique de la bile et à l'ictère hépatogène l'ictère des nouveau-nés, les formes pyémiques de l'ictère, les ictères typhique et pneumonique, et enfin l'ictère des empoisonnements par le phosphore ; états qui se compliquent tous de catarrhe gastro-duodénal.

Séméiologie. Un léger degré d'œdème sous-cutané ou d'anasarque, par suite duquel la peau garde l'empreinte du doigt ou du corps dur qui le presse, existerait dans toute espèce d'ictère, selon M. Gueneau de Mussy, lorsqu'ils durent depuis un certain temps. Il rapproche ce phénomène de la tendance aux

hémorrhagies comme étant dus tous deux à l'altération du sang par les sels biliaires (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, n° 135). Cette interprétation est en contradiction manifeste avec l'étiologie locale précitée.

Ictère grave. En constatant l'intégrité des cellules hépatiques et des voies biliaires dans deux cas d'ictère grave comme dans un cas d'intoxication par le phosphore, M. le docteur Valin se demande si, en présence de cette similitude de symptômes dans des conditions anatomiques et étiologiques si différentes, il n'y a pas lieu de douter que l'ictère grave soit une maladie bien définie, et si ce n'est pas plutôt un élément morbide, un syndrome comme l'urémie, l'albuminurie, la glycosurie, en un mot un groupe de phénomènes dont les conditions anatomiques et physiologiques restent à déterminer. Ce n'est pas, en effet, avec Rokitanski, regardant les ictères graves comme des cas méconnus d'intoxication phosphorée, ni avec Frerichs, les faisant dépendre d'une cessation brusque de la formation de la bile, que l'on peut concilier ni expliquer les faits du docteur Valin. (*Gaz. hebd.*, n°s 31 et 32.)

IDIOTIE. *Coïncidence avec la tuberculose.* Sur une mortalité de 201 individus, survenue de 1859 à 1866 inclusivement, à l'asile d'idiots d'Earlswood, le docteur Langdon Down, médecin de cet établissement, a constaté 80 décès par la tuberculose, savoir : 58 mâles et 22 femelles, dont 70 de 10 à 25 ans. La proportion de la phthisie à Londres sur la mortalité générale étant de 115 sur 1000, celle de l'asile est plus du triple, sans compter les nombreux décès causés par quatre épidémies intercurrentes de rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, qui, en enlevant un certain nombre d'enfants, ont encore restreint le chiffre des victimes prédisposées à la tuberculose (*Lancet*, septembre). D'où la preuve s'établissant de mieux en mieux de l'étroite connexité de ces deux grandes dégénérescences physique et morale. Les rapports de la tuberculose avec l'aliénation mentale résultent déjà, en effet, de statistiques irréfutables faites en Amérique et en Angleterre (Voy. *Année* 1864).

INERTIE. Inertie utérine. Deux moyens, d'un emploi nouveau, se sont montrés efficaces contre ce symptôme : c'est l'éther pulvérisé dans le cas de métrorrhagie atonique (voy. ce

mot), et l'électricité pour ranimer les contractions et provoquer l'accouchement. — Voy. Électricité.

INFECTION PURULENTE. Prophylaxie. *Ergotine.* Dans les plaies, spécialement celles des amputations, M. Labat, de Bordeaux, admet que la résorption du pus, qui ne se manifeste ordinairement que du huitième au dixième jour, s'opère par les orifices béants des veines divisées alors que la surface de la plaie est baignée de pus. Pour empêcher cette rétrocession et augmenter la plasticité du sang et des liquides qui en émanent, il propose l'ergotine qui, expérimentée à la dose de 2 à 3 grammes par jour dans neuf amputations de cuisse pour des lésions chroniques, deux de jambe, une désarticulation de l'épaule, une résection de l'humérus et du maxillaire inférieur, a été suivie de guérison. Il en commence l'usage dès les premiers jours, et le continue jusqu'à la chute des ligatures. (*Soc. de chir.*, décembre 1866.)

Ces résultats confirment-ils absolument la théorie précitée et l'efficacité de l'ergotine ? Tel n'a pas été l'avis de MM. Velpeau et Larrey, qui ne voient là qu'une série de résultats heureux. Et cette objection est d'autant plus probable, que la propriété hémoplastique de l'ergotine n'est rien moins que prouvée. Les accoucheurs les plus autorisés la contestent après de nombreuses expériences et la considèrent comme inactive. De nombreux succès obtenus dans des temps, des lieux et des cas différents, peuvent donc seuls démontrer le contraire, et M. Labat doit poursuivre sa tâche pour convaincre les chirurgiens à cet égard. Rien n'est facile comme une théorie même vraisemblable ; mais c'est le contraire pour en démontrer le fondement, la vérité.

Alcool. Pour M. Marc Sée, l'infection purulente est un effet de l'*imbibition des liquides* altérés ou non (sang décomposé, pus, suc inflammatoire, etc.). Le meilleur moyen de la prévenir est donc de rendre les liquides sécrétés parfaitement inoffensifs en coagulant, au moyen de lotions alcooliques, le principe albuminoïde auquel leur altération, leur nocivité est due.

Malheureusement, l'emploi de ce moyen, très-répandu aujourd'hui, est loin de confirmer toujours cette théorie ingénieuse, que d'ailleurs d'autres ont formulée avant M. Sée, notamment M. Batailhié (voy. Plaies, *Année* 1864). Toute

l'innovation de ce jeune chirurgien est d'avoir entouré cette méthode générale de pansement de quelques précautions, comme de ne se servir jamais d'éponges et de recouvrir les pièces de pansement de taffetas ciré pour empêcher l'évaporation. (*Soc. de chir.*, décembre 1866.) — Voy. Pyohémie.

Infection purulente sans suppuration. Ce titre est trop absolu, car il est difficile d'affirmer qu'il ne s'est pas caché une phlébite en un point quelconque de l'organisme en suppuration, d'autant que l'autopsie n'a pas été très-minutieuse. On en jugera par le résumé de l'observation recueillie à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un peigneur de laine, sanguin, âgé de quarante-huit ans, entré salle Sainte-Marthe, n° 35, le 27 octobre, pour une double conjonctivite très-intense qui, malgré un traitement actif, ne cède nullement. Ce n'est que vers la mi-novembre que du mieux se manifeste, et le 24, du frisson avec sueurs froides, prostration, se déclarent et se répètent les jours suivants, malgré le sulfate de quinine à haute dose. Dès le 27, abattement considérable, douleur très-vive dans l'hypochondre droit; foie volumineux dépassant les fausses côtes; respiration voilée et râles sous-crépitants à la base du poumon gauche. Mort le 30.

L'autopsie montre des abcès métastatiques dans les deux poumons, à la surface du bord postérieur, sept à huit à gauche, quatre à cinq à droite; congestion très-marquée à la base du poumon gauche; emphysème antérieurement des deux côtés; foie criblé d'abcès métastatiques, comprenant au moins les trois quarts de son parenchyme: pus concret et fétide. Tous les autres viscères sont sains. L'œil gauche ne présente pas de trace de phlébite, et l'on ne trouve pas le plus petit point de suppuration. (*Gaz. des hôp.*, n° 143, 1866.)

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES. *Dangers.* Le tétanos, selon M. Fonssagrives, en aurait été la conséquence chez un enfant et chez un adulte atteints de fièvre intermittente simple, et traités par une injection de sulfate de quinine dissous avec l'acide sulfurique. Il commande donc la réserve à ce sujet.

En voici un exemple plus détaillé : Un Suisse de vingt-trois ans entre à l'hôpital de la Charité de la Nouvelle-Orléans, service de M. Mitchell, pour un emprosthotonos partiel ; tous les

muscles antérieurs du tronc rigides, en demi-contraction, rigidité des muscles des membres, bras étendu sur l'épaule, avant-bras fléchi sur le bras; légère rigidité des muscles de la face. Une ulcération de la grandeur d'un dollar, fort douloureuse, se voit à l'insertion du deltoïde gauche; l'ulcération est circulaire, à contours très-nets. A ce niveau, destruction complète de la peau et de la couche sous-cutanée; on voit à nu le muscle offrant l'aspect d'un morceau de bœuf incomplétement rôti, à fibres coupées, faisant naître l'idée de quelque action corrosive qu'il aurait subie.

L'état du malade va s'aggravant; mort. A force de recherches, on arrive à savoir que, deux mois auparavant, cet homme était entré dans le même hôpital pour une fièvre intermittente, et qu'il avait été traité par des injections hypodermiques de quinine, au niveau de la partie inférieure du deltoïde gauche. Le malade, guéri de la fièvre, était revenu quelques semaines après avec un ulcère au point où avaient été faites les injections. (*British med. Journ.*, février.)

Injections substitutives. — Voy. Substitution.

Injections de morphine. Comme modératrices des douleurs de l'accouchement et remplaçant l'anesthésie. — Voy. Accouchement.

Injections uréthrales. *Nouveau procédé.* Introduisant une bougie exploratrice à boule dont il perce l'extrémité avec une épingle, M. F. Guyon, une fois parvenu au point malade, glisse dans son intérieur une petite sonde métallique à laquelle peut s'adapter la sonde de Pravaz. Une fois la sonde arrivée à l'extrémité de l'explorateur, on ouvre le piston de la seringue, et le liquide, astringent ou caustique, tombe goutte à goutte juste sur le point malalade. (*Soc. de chir.*, novembre.)

IODE. L'acide nitrique, indiqué par M. Demarquay comme le réactif le plus sensible pour en indiquer les traces, avait été signalé d'une manière très-explicite, par M. Bonjean de Chambéry, dès 1843, dans une note adressée à l'Académie des sciences, le 29 mai. Le premier, il constata sa supériorité sur l'acide sulfurique et le chlore, d'après ses expériences comparatives. Il décèle ainsi la présence de 5 centigrammes d'iodure

de potassium dissous dans 250 kilogr. d'eau, soit quatre millions de fois son poids, tandis que le chlore n'agit ainsi que deux cent mille fois ou 11 kilogr. 250 grammes d'eau. On peut ainsi reconnaître l'iode dans les eaux minérales et dans une simple infusion de *Fucus crispus* et autres plantes marines. On la constate de même dans les excrétions organiques, comme l'urine, la salive. (*Union méd.*, n° 12). Ce point est donc important à noter pour les recherches toxicologiques.

On en décolore la solution, suivant le docteur Percy-Boulton, et on lui enlève l'inconvénient de tacher le linge par l'addition de quelques gouttes d'acide phénique. Cette association la rend plus efficace dans tous les cas où elle est indiquée d'après M. Bogs en injections topiques ou badigeonnages, sous la formule suivante :

℞ Teinture alcoolique d'iode...........	3	grammes.
Acide phénique liquide pur..........	6	gouttes.
Glycérine.........................	30	grammes.
Eau distillée.....................	150	—

Mêlez.

Incompatibilité avec le mercure. V. MERCURE.

Emploi des laminaires et des fucus. Un nouveau moyen d'administrer l'iode est ainsi décrit par M. Moride, de Nantes. On recueille ces plantes marines fraîches, on les fait tremper légèrement dans l'eau douce pour les débarrasser de l'eau salée qui s'y attache; puis on les dessèche avec soin en les exposant au soleil, jusqu'à ce qu'elles aient perdu leur odeur et leur goût de varech. On les réduit en petits fragments à l'aide du pilon ou des ciseaux, et on les traite à chaud par de l'eau fortement alcoolisée pour leur enlever les principes iodés, tout en leur laissant les sels minéraux qui les imprègnent. Enfin, on dose la quantité d'iode dans le soluté par la benzine et l'hyposulfite de soude jusqu'à ce qu'il contienne un centième de ce métalloïde.

A l'aide de cette solution mélangée au vin de Malaga ou au sirop, on obtient un vin et un sirop iodés contenant un millième d'iode qui sont d'une identité parfaite et d'une administration facile. C'est ainsi que l'on s'en sert depuis trois ans dans les hôpitaux de Nantes, Angers et Napoléon-Vendée. (*J. de méd. et de chir. pratiq.*, novembre.)

IODOFORME. Employé par M. Demarquay contre les affections organiques du rectum, de la vessie et de l'utérus. — Voy. Cancer.

IODURE DE POTASSIUM. Il est acquis à la science aujourd'hui que ce médicament favorise l'élimination successive du plomb introduit dans l'économie depuis un temps plus ou moins long. Il en décèle même la présence lorsqu'il s'y trouve à l'état latent. Frappé de ces faits, un jeune interne des hôpitaux, M. Michel, a utilisé cette donnée pour en proposer l'emploi à petites doses comme prophylactique de l'intoxication saturnine aux ouvriers ou aux personnes qui y sont exposés. Une étude médico-chimique complète de cet empoisonnement l'ayant conduit à administrer simultanément à des chats et des chiens, de même âge et de même poids, un sel insoluble de plomb d'une part et de l'autre des quantités minimes d'iodure de potassium, et souvent par une voie différente afin de prévenir toute décomposition, il a constaté par ces expériences, méthodiquement répétées, que le plomb était éliminé ainsi au fur et à mesure de son introduction dans l'économie, et n'était plus nuisible, du moins apparemment, au point de causer la colique ou l'encéphalopathie. Il s'agit de réaliser la même expérience sur l'homme, expérience innocente et facile à faire sur les ouvriers qui préparent ou emploient la céruse; expérience justifiée aussi bien que l'emploi à petite dose du sulfate de quinine comme préventif de l'impaludisme chez ceux qui y sont exposés, comme nos soldats d'Afrique. C'est là une idée neuve, originale, rationnelle, et qui mérite d'être mise à exécution. (*Union méd.*, n° 49.)

INTOXICATION. Intoxication mercurielle. La mort s'ensuivit chez une servante de vingt-deux ans qui, atteinte d'une affection cutanée lui causant des démangeaisons si atroces que, les pommades d'Helmérich et citrine ne la guérissant pas assez vite, elle alla consulter un pharmacien qui, *sans ordonnance*, lui délivra une pommade au citrate acide de mercure. Bientôt ce liquide se sépara de l'axonge, et des frictions étant faites avec ce liquide sur le derme dénudé par les excoriations, les ulcérations mêmes, produites par le grattage, que les symptômes de l'empoisonnement apparurent bientôt : ptyalisme, mal de gorge, douleurs épigastriques et abdominales, vomis-

sements porracés et selles sanguinolentes, liséré gingival etc.

Malgré l'emploi de l'eau albumineuse, le lait, le chlorate de potasse, par le docteur Dubar, il ne put sauver cette malheureuse fille ; le pouls ne se releva pas, une diarrhée sanguinolente persista, ainsi que les vomissements, jusqu'à la mort, arrivée le quatrième jour. (*Gaz. des hôp.*) Voy. STOMATITE, TREMBLEMENT.

Intoxications chirurgicales. C'est sous ce nouveau titre que M. Maisonneuve comprend les phlébites, angioleucites, érysipèle, phlegmon diffus, gangrène, fièvre traumatique, hectique, uréthrale, péritonique, puerpérale, auxquels succombent un si grand nombre d'opérés. Fondé sur ce que les liquides vivants exposés à l'air libre ou mis en contact avec des corps délétères, perdent aussitôt leur vitalité et se putréfient, il admet que leur résorption dans l'organisme cause un véritable empoisonnement et donne lieu à ces accidents fébriles que l'on observe. De même de la bile, l'urine, les liquides et les gaz intestinaux. Qu'en circulant avec le sang, ils déterminent ici et là ces graves lésions, le plus souvent mortelles, comme phlegmons, angioleucites, ou des métastases non moins redoutables. (*Acad. des sc.*, 1866.)

Et toute cette théorie, pour faire valoir la méthode sous-cutanée, la ligature extemporanée, la cautérisation en flèches, l'arrachement ou torsion, la compression élastique ou digitale, les injections dans les cavités closes, les pansements oblitérants, évacuants, antiputrides, comme pouvant prévenir, arrêter ou neutraliser ces accidents ! Sans considérer que les accidents du traumatisme ne font guère plus défaut avec ces méthodes que sans elles, une statistique de faits bien authentiques eût été beaucoup plus concluante que toutes ces hypothèses.

IRITIS. Si les moyens ordinaires ne réussissent pas à l'enrayer après un à deux jours, M. Williams a recours à la paracentèse de la cornée, qui arrête la maladie dès la première ponction. La pupille se dilate, les douleurs préorbitaires diminuent, l'humeur aqueuse s'éclaircit et la rougeur disparaît. Si ces symptômes reparaissent, on la renouvelle, mais une seule ponction suffit ordinairement. C'est le meilleur antiphlogistique qu'il ait rencontré, comme il en fournit la preuve par un exemple modèle. Le même succès s'observe dans les cyclites chroniques,

mais il en est tout autrement dans le glaucôme, la scléro-choroïdite postérieure avec myopie, la rétinite, la choroïdite et les cataractes commençantes (*Transact. of the med. Assoc.*, et *Ann. d'Oculist.*, p. 86.)

J

JURISPRUDENCE. Par un jugement de la 8e chambre correctionnelle de Paris, une eau pour les yeux, un collyre vendu par un médicastre, Joubert, assisté d'un officier de santé, a été considéré comme remède externe, et comme tel n'a donné lieu à aucune application comme vente illégale de médicaments. Or, cette distinction établie par le tribunal en remèdes internes et externes, la vente des premiers seuls étant punissable, n'est consacrée nulle part par la loi, dit Me Guerrier, sinon par une déclaration de 1777. Et, en effet, cette distinction est insoutenable. Un grand nombre de médicaments pour l'usage externe, et même des collyres en particulier, ne peuvent être délivrés par les pharmaciens que sur une ordonnance de médecin. Comment autoriser dès lors un médicastre à en préparer et en vendre un dont la composition est inconnue et qui peut être aussi dangereux ? Ce jugement consacre d'ailleurs une inconséquence, en punissant sur le chef d'exercice illégal pour l'application de cette eau, et en ne punissant pas pour la préparation et la vente. D'où il faudrait conclure que le médicastre a le droit d'ouvrir boutique et de vendre ses remèdes externes. (*Union méd.*, n° 6.)

Uromancie. Ce n'est pas seulement comme exercice illégal que cette pratique peut aujourd'hui être réprimée et condamnée, mais comme escroquerie. La Cour (de Rennes) a consacré cette jurisprudence par un arrêt fortement motivé du 8 mars, en qualifiant de manœuvres frauduleuses le fait par Martin « d'avoir fait naître chez ceux qui le consultaient la croyance à un pouvoir imaginaire, et leur faire concevoir l'espérance d'un succès chimérique en inspectant les urines qui lui étaient présentées, et prétendant être en mesure, par cette inspection, de reconnaître la nature de la maladie et le remède à employer, et

parfois même l'état actuel des malades éloignés de lui par une grande distance;

Considérant que l'empirique qui, par l'uromancie, prétend reconnaître toute espèce de maladies, commet un acte d'imposture et de fourberie;

Confirme le jugement quant à la déclaration de culpabilité;

Infirmant quant à la quotité de la peine, condamne Martin à trois ans de prison, réduit à 50 fr. l'amende prononcée au profit de l'Etat, maintient celle de 255 fr. au profit de l'hospice de Dinan. (*Union méd.*, n° 37.)

Médicaments délivrés sans ordonnance. Un pharmacien de Beaugency avait vendu à une cliente, sans ordonnance de médecin, une certaine quantité de sulfate de potasse, manne et séné, pour administrer à son mari. Le résultat ayant été fâcheux, le ministère public, informé de ces faits, poursuivit le pharmacien devant le tribunal d'Orléans. Mais, devant les premiers juges, comme devant la Cour d'Orléans, le pharmacien fut acquitté. M. le procureur général forma un pourvoi en cassation, et la Cour suprême, sur le rapport présenté par M. le conseiller Naquard, a cassé l'arrêt de la Cour d'Orléans, en statuant, le 2 mai, dans les termes suivants :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats que, le 27 mai 1866, Mullot, pharmacien à Beaugency, a vendu à la femme Villiers, sans ordonnance de médecin, une certaine quantité de manne, de séné et de sulfate de potasse; qu'il est constant que si ces substances ont été pesées séparément, elles ont été réunies et mélangées dans le même paquet, et que Mullot savait qu'elles devaient être employées comme médecine; qu'il a donc livré un médicament composé; que ce fait est prévu par l'art. 32 de la loi du 21 germinal an XI;

» Considérant qu'il est vrai que cet article ne porte l'indication d'aucuns frais; mais que la peine à infliger à la violation des prohibitions qu'il contient est écrite dans l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748;

» Considérant, en effet, qu'au moment de la promulgation de la loi du 21 germinal, l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748 avait force de loi; que les articles 29 et 30 de la loi du 21 germinal an XI portent textuellement que les lois de règlement actuellement en vigueur seront exécutées; que si cette énonciation ne se retrouve pas dans l'article 32, sa répé-

tition devait paraître inutile au législateur, qui déjà à deux reprises, dans les articles précédents, avait, d'une manière générale et absolue, ordonné l'exécution des lois et règlements antérieurs;

» Considérant que l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748 punit de la peine de 500 livres d'amende les pharmaciens qui livrent des préparations médicinales ou drogues composées sans ordonnance de médecin;

» Par ces motifs, la Cour met l'appellation et le jugement dont il est appel au néant;

» Déclare Mullot coupable d'avoir, à Beaugency, en 1866, en sa qualité de pharmacien, livré à la femme Villiers une préparation médicinale ou drogue composée sans ordonnance préalable de médecin;

» Délit prévu par l'article 32 de la loi de germinal an XI et l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748, lus et ainsi conçus;

» Faisant à Mullot l'application desdits articles, le condamne à 500 francs d'amende;

» Le condamne aux dépens de première instance, d'appel et de cassation, fixe à six mois la durée de la contrainte par corps s'il y a lieu de l'exercer. »

Cette jurisprudence tranche une question souvent débattue et qui, jusqu'à présent, était restée dans le vague et l'indécision.

Pensions aux veuves. Le premier entre tous, le gouvernement italien a assuré aux veuves et aux orphelins des médecins qui succombent en soignant les cholériques le droit à une pension viagère et alimentaire. L'Espagne avait bien créé un précédent à cet égard en 1855, en constituant aussi des pensions à quelques-unes des veuves pauvres des médecins qui s'étaient le plus distingués dans l'épidémie de 1854; mais c'était là une récompense transitoire et exceptionnelle, analogue à celle qui a été accordée par la ville de Marseille, en 1865, à la veuve du docteur Honoraty; ce n'était pas un droit, comme vient de le reconnaître et de le consacrer par une loi la législature italienne. Aux députés Curti et Macchi en revient la noble initiative. Fondés sur les aspirations exprimées par l'*Associazione medica italiana*, ils ont interpellé le ministère sur ses dispositions à étendre aux médecins le droit à une pension, reconnu par la loi, aux employés de l'État morts dans l'exercice de leurs fonctions.

Sur sa réponse affirmative, un projet de loi a bientôt été rédigé, présenté, amendé et adopté d'urgence dans la séance du 31 juillet. « La nation, a dit le rapporteur, éprouve le besoin et le devoir de manifester sa reconnaissance aux médecins qui, devant la fureur et le danger du fléau, mettant de côté les plus douces affections de la famille, accourent au soulagement des malades et succombent dans le magnanime exercice de leur apostolat. » Et, malgré l'état précaire des finances, les Chambres ont voté immédiatement une pension annuelle de 400 francs pour la veuve et de 1000 francs avec enfants dont le droit cesse à leur majorité, de même que celui de la veuve, si elle convole en secondes noces. Quand un gouvernement comprend aussi délicatement ses devoirs et sait les remplir loyalement au détriment de sa caisse, il s'honore, grandit et augmente sa solvabilité au crédit de l'opinion publique en vertu du proverbe : « Qui paye ses dettes s'enrichit. »

Quoique ne profitant directement qu'à nos confrères italiens, ce précédent ne doit être perdu pour les médecins d'aucun pays. Il constitue un acte précieux pour la reconnaissance future de leurs droits les plus sacrés. Qu'ils sachent s'en prévaloir, et partout l'exemple sera imité. A la France, qui a le privilége de l'initiative de la justice et de la générosité parmi les nations, appartenait de le donner; en se laissant dépasser ici par sa sœur l'Italie, elle ne peut manquer de le suivre bientôt, et dès lors toutes les autres l'imiteront comme une des meilleures mesures prophylactiques contre le choléra.

Combien le gouvernement belge eût été mieux inspiré en décrétant cet acte de reconnaissance pour ceux qui se sont sacrifiés dans la dernière épidémie, que de créer un ordre particulier, une décoration spéciale, la *croix des médecins*, comme on l'appelle par ironie, à l'usage des survivants. Que de railleries n'a pas déjà inspirées cette trop fameuse *décoration civique* instituée à propos des récompenses à accorder aux médecins qui se sont distingués et qui va les assimiler aux infirmiers et infirmières des hôpitaux ! Elle est, en effet, spécialement destinée « à récompenser les services rendus au pays à la suite d'une longue carrière dans les fonctions provinciales, communales, électives ou gratuites, ainsi que les actes éclatants de courage, de dévouement ou d'humanité. » On se demande à quoi servira désormais la décoration nationale. Sans doute à récompenser MM. les militaires *neutres* et tous ceux qui se destinent à ôter

la vie à leurs semblables pour mieux les distinguer des médecins qui ne cherchent qu'à la conserver. Décidément, c'est là une croix bien mal faite et qui cependant ne manquera pas de solliciteurs indignes de la porter.

Patente. Une des colonies anglaises tend à *industrialiser* le diplôme. La législature de la Jamaïque vient d'être saisie d'un projet de loi pour soumettre à la patente tous ceux qui exercent *légalement* la médecine et la chirurgie dans les villes. La taxe uniforme proposée est de 125 francs. La patente médicale ne sera donc plus le privilége de la France, et quel privilége !

K

KÉRATITE. *Danger du calomel et de l'iodure de potassium.* Ayant à traiter une petite fille de six ans, scrofuleuse, atteinte de conjonctivite granuleuse, kératite diffuse avec opacité et ulcérations de la cornée, M. le docteur Hennequin, après divers moyens, prescrivit des insufflations de calomel contre les taches persistantes de la cornée. Mais, aucune amélioration ne survenant après un long emploi de ce remède, il l'abandonna et le remplaça par l'usage interne de l'iodure de potassium en solution, à la dose de 0,50 par jour. Puis il revint dix jours après aux insufflations de calomel, qui, jusqu'alors d'une innocuité parfaite, parurent déterminer cette fois de graves accidents. Dès la première application, l'œil devint injecté, douloureux : photophobie intense, paupières tuméfiées, œdémateuses, et à la troisième, il était impossible de les entr'ouvrir. On en cessa l'emploi, et après avoir combattu cet appareil inflammatoire, on constata que la lésion siégeait de chaque côté au fond du cul-de-sac existant entre l'œil et la paupière inférieure. La conjonctive était toute boursoufléе, œdémateuse, grisâtre, et formait un bourrelet assez épais repoussant en avant la paupière inférieure. C'était une eschare humide dont l'élimination était prochaine. En effet, cette partie de la conjonctive ainsi mortifiée tombait en déliquium quelques jours plus tard, et les débris en étaient entraînés avec la suppuration. La cicatrisation s'en fit heureusement sans adhérences trop étendues entre les deux feuillets de la

conjonctive, sans gêne pour la mobilité du globe oculaire, et la kératite fut définitivement résolue par cette phlegmasie intercurrente.

Des analyses chimiques permettent de penser que l'iodure de potassium se rencontrant en notable proportion dans les larmes, le calomel insufflé directement avait dû produire une réaction chimique qui avait produit localement les accidents dont il est question. En tous cas, c'est un exemple qu'il faut éviter d'employer simultanément le calomel en topique et l'iodure de potassium, sous peine de les voir se renouveler. (*Gaz. hebd.*, nº 7.)

Une lecture attentive de cette longue observation suggère pourtant cette réserve : à savoir, si l'état constitutionnel faible, délicat, maladif, cachectique de l'enfant, n'a pas influé sur l'absorption et la réaction chimique des deux agents ; si, en un mot, l'influence de l'idiosyncrasie, que l'auteur raille, n'a pas joué ici son rôle. L'état spécial de l'enfant permet au moins de le supposer.

Éclairé par ce fait remarquable, le docteur Lagarde de Verdun a signalé le même effet chez une jeune femme atteinte de conjonctivite phlycténulaire très-intense survenue après une névralgie lombo-abdominale, suite d'avortement et de métrorrhagie inquiétante. L'œil était presque complétement guéri et l'on n'employait plus le calomel que pour prévenir la récidive, lorsque la malade fut prise de douleurs excessivement vives et d'une inflammation oculaire très-intense avec larmoiement et photophobie sans nouvelle poussée de pustules. C'est alors que, cherchant la cause de cet accident, l'iodure de potassium, donné en désespoir de cause depuis deux jours contre la névralgie, dut en être accusé, ce que le malade et son entourage avaient fait avant le médecin à cause de l'apparition de cet accident dès la seconde prise de l'iodure. (*Gaz. des hôp.*, nº 129.)

Il est du moins remarquable que l'inflammation ici n'était pas localisée à l'angle interne de l'œil comme dans l'observation précédente. — Voy. MERCURE.

KYSTES. Kystes de l'ovaire. *Diagnostic différentiel.* Le diagnostic des tumeurs abdominales présente souvent de grandes difficultés, et depuis que les opérations d'ovariotomie sont dans la pratique chirurgicale, on pourrait compter un certain nombre d'erreurs de diagnostic dont l'importance devient

considérable lorsqu'il s'agit de décider une opération. M. Spencer Wells, dont la compétence en pareil sujet ne saurait être niée, rapporte plusieurs exemples dans lesquels les affections des reins simulaient un kyste ou une tumeur des ovaires.

Dans les deux premiers cas rapportés par l'auteur, le diagnostic put être fait pendant la vie; une fois, cependant, la ponction exploratrice avec examen microscopique des produits obtenus fut nécessaire, et l'autopsie vint confirmer l'exactitude du diagnostic. Il s'agissait d'un cancer encéphaloïde du rein droit chez un enfant de quatre ans. L'absence de fluctuation dans ce cas avait permis de penser à une tumeur solide du rein. Dans un autre fait, la fluctuation était aussi évidente que dans les kystes de l'ovaire; mais une ponction exploratrice, puis la dilatation de l'orifice de ponction, suivie de l'issue de deux calculs, permirent d'assurer le diagnostic, qui put être défini ainsi : pyonéphrose du rein droit, avec arrêt de deux calculs dans l'urèthre. Mais la troisième observation de M. Wells est de beaucoup la plus instructive. Cette fois l'erreur du diagnostic fut commise, et l'on prit pour un kyste de l'ovaire gauche une tumeur formée par la dégénérescence kystique du rein gauche. Nous la reproduisons en l'abrégeant :

Le 10 octobre 1866, dit M. Wells, je fus appelé auprès d'une femme âgée de quarante-trois ans. D'après les renseignements donnés par M. M'Donnell, cette femme, mariée depuis vingt-cinq ans, avait eu neuf enfants, puis un accouchement avant terme et deux fausses couches. En avril 1862, elle avait consulté pour une tumeur dure occupant la région hypogastrique et la région iliaque gauche, ayant le volume d'une tête d'enfant. A ce moment, suivant M. M'Donnell et M. Solly, l'exploration extérieure ou par le toucher vaginal avait fait croire à l'existence d'une tumeur de l'ovaire. La tumeur augmenta progressivement; de temps à autre elle était le siége de douleurs; en 1863, elle avait atteint le volume de l'utérus à la fin de la grossesse. On avait plusieurs fois, à cause des douleurs, appliqué des sangsues. En août 1866, M. M'Donnell, assisté de M. Foiman, fit dans la tumeur une ponction qui donna issue à plus de 9 litres d'un liquide foncé, de la consistance de soupe aux pois. Après l'opération, l'abdomen était tout à fait vide de liquide, la résonnance était tympanique partout, et l'on ne sentait dans le bassin aucune tumeur. La malade se rétablit sans accident. Deux mois après la ponction, dit M. Wells, je vis la

malade, et le 17 décembre 1866 elle fut admise à l'hôpital. La tumeur occupait la position suivante : ayant envahi toute la fosse iliaque droite, toute la région hypogastrique, elle proéminait en partie dans la région épigastrique, et dans la fosse iliaque droite. Ses dimensions étaient les suivantes : la circonférence horizontale au niveau de l'ombilic avait 91 centimètres, sur une ligne étendue de la symphyse du pubis à l'ombilic 19 centimètres, de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 23 centimètres, de l'ombilic à l'os iliaque 23 centimètres à droite et 22 centimètres à gauche. La tumeur était un peu mobile dans le sens vertical et latéralement. La fluctuation était manifeste dans toutes les directions. A la partie antérieure et médiane de la tumeur, on avait la sensation de l'épiploon adhérent, et un peu à gauche de l'ombilic, on sentait une sorte de corde qui ressemblait à une trompe élargie, épaissie et allongée. La région lombaire gauche donnait à la percussion un son mat, la droite un son tympanique. L'utérus était haut, le col court, et l'orifice dur et fissuré admettait la pulpe du doigt. On ne sentait aucune partie de la tumeur au-dessous du plancher pelvien. La menstruation était régulière. L'examen des urines fit constater des dépôts d'urates, de mucus, de cellules épithéliales, mais pas d'albumine. La malade était sujette à des palpitations et à des attaques hystériformes.

Le 3 janvier 1867, le chloroforme ayant été administré, M. Wells fit une incision de 12 centimètres environ de long, étendue par en bas, le long de la ligne blanche, à un pouce au-dessous de l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, il trouva que la corde dure, observée en avant de la tumeur, était une portion du còlon transverse et descendant, adhérant à la tumeur et à la paroi abdominale. Les adhérences furent séparées. La ponction par le trocart donna issue à environ 8 litres de liquide épais. M. Wells, détachant alors les adhérences et passant la main du côté droit du kyste, il sembla qu'un autre kyste se vidait et donnait issue à près d'un litre de liquide clair. Les adhérences des kystes furent reconnues trop nombreuses et trop solides pour permettre l'ablation de la tumeur; on se contenta de lier quelques vaisseaux et la plaie fut fermée.

La malade mourut dans le coma, trente heures après l'opération.

A l'autopsie, l'ovaire et l'utérus étaient sains. Le rein droit

était augmenté de volume, ramolli, les calices et le bassinet dilatés contenaient un calcul du poids de 2 grammes et demi. Le rein gauche formait une énorme tumeur kystique plus grosse qu'une tête d'adulte. Cette tumeur présentait une large cavité composée de plusieurs poches, disposées verticalement autour de la poche principale. Les parois étaient surtout épaisses à la base de ces cavités accessoires ; en résumé, cette tumeur était un exemple très-net d'hydronéphrose.

Après de pareils résultats nécroscopiques, on put recueillir sur la malade quelques renseignements complémentaires : en 1866, elle avait rendu des urines albumineuses et purulentes. Douze ans auparavant, elle avait reçu sur la région iliaque un choc violent avec une pelle de fer, et à la suite de ce coup, elle avait eu une syncope.

M. Spencer Wells, après avoir montré la possibilité de confondre les tumeurs de l'ovaire avec des tumeurs rénales, résume en plusieurs propositions les signes qui peuvent servir à éviter de pareilles erreurs :

1° A part quelques exceptions très-rares, les tumeurs de l'ovaire repoussent l'intestin en arrière, tandis que les tumeurs rénales repoussent l'intestin en avant ; en d'autres termes, les tumeurs de l'ovaire sont situées en avant des intestins, les tumeurs rénales en arrière.

2° Les tumeurs volumineuses du rein droit présentent ordinairement le côlon ascendant vers le bord interne de la tumeur ; les tumeurs du rein gauche sont ordinairement croisées de haut en bas par le côlon descendant.

3° La découverte de l'intestin en avant d'une tumeur abdominale de nature douteuse doit mener à un examen attentif de l'urine. Il est possible qu'un rein soit malade sans que l'urine offre rien de spécial, le rein sain sécrétant alors l'urine à lui seul. Mais la règle est que l'on trouve ou du sang, du pus, de l'albumine, ou des cellules épithéliales, ou bien on peut retrouver dans l'histoire des malades l'existence antérieure d'altérations dans la composition de l'urine.

4° Il peut y avoir doute sur l'existence de l'intestin en avant de la tumeur, entre elle et les téguments ; la percussion ne peut pas généralement résoudre cette question. Mais l'intestin sous les doigts donne la sensation d'un bourrelet épais et mobile ; le malade peut avoir conscience de sensations de gargouillements dans cette partie de l'intestin, et l'insufflation par

le rectum, au moyen d'une longue sonde, permet souvent la distension de cette partie du côlon.

5° Les kystes de l'ovaire et des reins peuvent être les uns et les autres sujets à de grands changements dans leur volume. Lorsque les reins sont le siége de la tumeur, le liquide s'échappe ordinairement par l'uretère et la vessie. Les kystes de l'ovaire peuvent, il est vrai, se vider à travers la vessie, l'utérus, l'intestin ou le vagin ; mais, dans tous les cas, les caractères physiques et chimiques du liquide écoulé serviront de guide au diagnostic.

6° Si une histoire correcte de la maladie peut être obtenue, on apprendra que la tumeur rénale a débuté d'abord vers les fausses côtes et l'os iliaque, tandis que les kystes de l'ovaire, notés d'abord dans les régions inguinale et iliaque, s'étendent de bas en haut.

7° Il n'y a que des tumeurs de l'ovaire très-petites avec un long pédicule que l'on pourrait prendre pour un rein mobile. Ce dernier peut se reconnaître à sa forme caractéristique, à la mobilité et aux changements apportés dans la percussion lorsqu'on le déplace dans la région lombaire.

8° Les tumeurs rénales sont ordinairement associées à divers troubles existant actuellement ou s'étant présentés dans les antécédents, et consistant en hématuries, calculs, albuminurie, coliques néphrétiques ou des changements notables dans l'état des urines, tandis que les tumeurs de l'ovaire s'accompagnent plutôt de troubles de menstruation, de douleurs dans les périodes cataméniales, de changements dans la mobilité de l'utérus. Cependant, il peut se présenter des cas de tumeurs rénales avec des urines parfaitement normales, et des cas rares d'affections de l'ovaire, dans lesquels on ne peut rien découvrir d'anormal dans aucun des viscères abdominaux ni dans leurs fonctions.

Tels sont les faits qui, présents à l'esprit, permettront un diagnostic précis dans la plupart des cas. Et cependant on voit, par les exemples cités, que le diagnostic n'est pas toujours possible. (*British and foreign medico-surgical Review*, avril.)

M. Béhier a présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris une pièce anatomique, représentant une tumeur rénale d'un volume énorme, trouvée à l'autopsie d'une femme de soixante-quatre ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. Deux ponctions successives avaient été faites à cette malade, et, chaque fois, elles avaient donné issue à un

liquide couleur café au lait. La malade a succombé à un érysipèle développé autour de la piqûre.

Sur le cadavre, le côlon ascendant traversait en biais la tumeur; les ovaires étaient intacts; un des reins avait disparu; il était remplacé par l'énorme tumeur dont nous parlons. Deux calculs, placés à l'insertion de l'uretère sur la vessie, avaient déterminé cette prodigieuse dilatation.

M. Béhier insiste sur ce fait qu'il ne se faut point trop hâter de pratiquer l'ovariotomie. Cette observation remarquable en est un exemple comme celle qui la précède, ainsi qu'un troisième non moins concluant de kyste de la rate pris pour un kyste de l'ovaire et opéré comme tel par M. Péan. — Voy. Rate.

Flèches caustiques. Une femme atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit avait été traitée successivement dans plusieurs services de médecine à l'Hôtel-Dieu de Paris. Le kyste, ponctionné à plusieurs reprises et injecté avec la teinture d'iode, avait déterminé des accidents d'iodisme bien caractérisés. Le liquide était devenu purulent. Passée dans le service de chirurgie de M. Maissonneuve, cette malade était dans un état hectique avancé, toussant, avec diarrhée, ne mangeant plus. Profitant des adhérences étendues qui unissaient le kyste aux parois de l'abdomen, le hardi chirurgien y introduisit trois longues flèches caustiques. De ce moment, la malade alla mieux, l'appétit reparut, puis les forces; la toux et la diarrhée cessèrent, et le kyste revint sur lui-même. Quinze jours après la suppuration était tarie, la plaie extérieure se ferma, et cette femme sortit guérie en revenant montrer plus tard qu'elle se portait bien. (*Gaz. des hôp.*, n° 127.)

C'est donc là un moyen nouveau. Si rares que soient ses indications, elles peuvent se rencontrer comme dans le cas de M. Marguerittte (du Havre), si malheureusement fatal. — Voy. Ovariotomie.

Traitement médical. Malgré les brillants succès de l'ovariotomie, elle serait bientôt délaissée s'il était démontré qu'elle peut être évitée par un traitement interne. Différents remèdes ont été vantés à cet effet, mais sans qu'il en soit résulté la démonstration péremptoire de leur action directe sur la guérison du kyste, le chlorate de potasse notamment (voy. *Année* 1865).

M. le professeur Courty relate deux nouveaux cas où la guérison aurait été obtenue ainsi sans opération, chez une demoiselle de quarante-trois ans et une enfant de douze ans. Le traitement a consisté dans l'usage : 1° de l'oxyde d'or à la dose de 2 à 5 milligrammes au début jusqu'à progression graduelle de 5 centigrammes par jour ; 2° d'analeptiques toniques reconstituants ; 3° de frictions locales avec l'iodure de plomb et de potassium ; 4° avec la scille, la digitale et le sel de nitre donnés aussi à l'intérieur ; 5° et surtout compression méthodique et croissante de toute la surface abdominale avec les ceintures élastiques du docteur Bourjeaud. Après un mois de ce traitement, la diminution du ventre était sensible, et cinq mois plus tard, il n'y avait plus trace des tumeurs, et la guérison s'est maintenue depuis trois ans dans un cas et depuis deux ans dans l'autre. (*Montpellier méd.*, décembre 1866.)

Si cette médication n'a rien de spécifique, on ne peut méconnaître que la compression méthodique qui en fait partie intégrante est d'une action mécanique incontestable. On ne devrait donc jamais manquer d'y recourir de bonne heure, ainsi qu'aux moyens internes.

Kystes du rein. PATHOGÉNIE. Corroborant les idées du docteur Beckmann, le docteur Klein considère le développement anormal du tissu conjonctif qui entoure les canalicules urinifères comme une cause de compression qui détermine leur distension et consécutivement la forme kystique, donnant lieu, en se réunissant, à des kystes volumineux. Mais une seconde cause est l'altération des corpuscules de Malpighi. Il se forme conjointement avec l'épaississement de la capsule des granulations graisseuses, calcaires, pigmentaires et jusqu'à des globules blancs, qui en augmentant de volume, produisent également la compression. Progressivement le corpuscule se déforme et on le rencontre entouré d'une substance gélatineuse, qui remplit jusqu'aux vaisseaux (*Virchow's Archiv*) N'est-il pas plus rationnel d'admettre que la cause déterminante de ces lésions anatomiques produit la dilatation des canalicules et les kystes consécutifs, que de les rapporter directement à ces mêmes lésions?

Kystes du foie. *Trocart à ailettes.* Pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine, lorsqu'on les ponctionne,

M. Panas a fait construire par MM. Robert et Collin un trocart à double canule qui s'immobilisent au moyen d'ailettes et de rondelles en maintenant fixées entre elles les parties molles et la membrane du kyste (*Acad. de méd.*, février). Le mécanisme est analogue, sinon imité, du trocart de M. Buys pour le traitement par aspiration des kystes de l'ovaire. (Voy. *Année* 1865.)

Kystes dermoïdes. Leur rareté dans le plancher de la bouche rend intéressant le cas observé dans le service de M. Denonvilliers à l'hôpital de la Charité, sur une fille de dix-sept ans. Il ne présentait ni la transparence de la grenouillette, ni la couleur blanchâtre des kystes sublinguaux. La ponction seule en montra le caractère sébacé. On en fit l'énucléation à l'extérieur. Des recherches historiques et des considérations cliniques font de ce travail de M. Paquet un bon mémoire à consulter sur la matière. (*Arch. de méd.*, juillet.)

Kystes synoviaux. De préférence à l'écrasement et à la ponction suivie d'injection, M. Heulhard (d'Arcy) emploie la modification suivante avec succès. Posant la pointe d'un ténotome à un demi-centimètre de la base de la tumeur, il introduit la lame à plat dans l'intérieur du kyste et soulève le dos de l'instrument de manière à former avec la lèvre inférieure de l'ouverture un canal triangulaire par lequel s'écoule le liquide; puis, avec le côté mousse de la lame, il irrite pendant quelques instants toute la surface intérieure du kyste. Le ténotome retiré, la peau est badigeonnée avec la teinture d'iode, et immédiatement il applique une petite pelote ronde tenue à un ressort énergique dont l'autre extrémité est fixée à une attelle de 6 centimètres qui se place sur la face palmaire de l'avant-bras.

Cette compression est maintenue trois à quatre semaines, en renouvelant chaque jour le badigeonnage avec la teinture d'iode sans que le malade fasse aucun effort avec son poignet tout ce temps. (*Abeille méd.*, n° 14.)

Chloroforme. Employé en injections par M. Hutchinson (de Londres), dans un kyste prérotulien, gros comme le poing d'un adulte, à parois épaisses, allongé et aplati, sans symptômes inflammatoires, et qui avait résisté aux vésicatoires. Après l'avoir vidé par la ponction, 6 grammes de chloroforme pur y furent injectés sans douleur et laissés à l'intérieur. L'absorption eut lieu bientôt et la guérison fut complète.

L

LAIT. Il est mortel de le boire froid quand on a chaud, dit un adage des Alpes, et un fait récent est venu le confirmer. Une paysanne de quarante ans, enceinte de six mois, boit coup sur coup deux tasses de lait froid en rentrant des champs, et aussitôt se déclarent des coliques atroces qui vont sans cesse en augmentant. Pouls petit, serré, face grippée, œil cave, sueurs froides, prostration. Malgré les secours de trois médecins, elle succombe onze heures après l'ingestion du lait. L'opération césarienne montre un produit donnant encore quelques signes de vie; le duodénum rempli de lait caillé est *comme gangrené;* d'une péritonite diffuse, cause la plus probable de la mort.

Lait artificiel de Liebig. Cette composition, très-répandue en Allemagne et qu'une compagnie industrielle exploite à grands renforts d'annonces en Angleterre et en France, se prépare ainsi : On fait bouillir 16 grammes de farine de froment avec 160 grammes de lait écrémé, jusqu'à ce qu'on ait une bouillie homogène ; on retire du feu, et on y ajoute 16 grammes d'orge germée, préalablement broyée et mélangée avec 32 grammes d'eau froide et 3 grammes d'une solution de bicarbonate de potasse, faite avec 11 parties d'eau et 2 parties de bicarbonate.

On met alors le vase dans l'eau chaude et dans un endroit chaud, jusqu'à ce que la bouillie soit devenue douce et limpide comme de la crème. Au bout de 15 à 20 minutes, on met le tout sur le feu, on fait bouillir quelques instants, et l'on passe le lait sur un tamis serré de fil ou de crin qui retient les matières fibreuses de l'orge. Avant de donner ce lait à l'enfant, il faut le laisser reposer pour que les matières fibreuses fines en suspension puissent se déposer.

Quatre morts, chez des nouveau-nés soumis à son usage par M. Depaul, et une discussion sur la composition chimique de ce lait artificiel, l'ont fait repousser par l'Académie de médecine (juillet).

LANGUE. *Ligature des artères.* Exécutée surtout contre l'hémorrhagie, ainsi qu'il en rapporte plusieurs cas, M. Demarquay, après l'avoir pratiquée lui-même huit fois sur le vivant, se demande si ce ne serait pas là une bonne opération préventive à faire, quand on a à enlever une tumeur volumineuse occupant la partie profonde de cet organe. (*Acad. de méd.*, octobre.)

LARYNGOTOMIE. — Voy. APHONIE.

LAZARETS. *Des lazarets, des quarantaines et de la conférence internationale pour l'organisation d'un service sanitaire en Orient*, par J. Ferrier, ancien chirurgien et membre de la Commission sanitaire du lazaret de Bordeaux, etc., etc. Brochure de 63 pages, in-8°. Paris, librairie *Germer Baillière.* Dissertation académique sur ces vieilles institutions sanitaires. Écrite par un praticien qui a vieilli dans ces établissements et qui en connaît tous les ressorts cachés, tous les secrets, elle en démontre bien les inconvénients et les abus, et met en évidence la supériorité des mesures actuelles adoptées sur l'initiative du regretté M. Mêlier.

LEUCORRHÉE. Une infusion saturée de fleurs sèches d'ortie blanche à la dose de plusieurs tasses par jour, prescrite par le docteur Vanackère dans deux cas de leucorrhée atonique, a déterminé la cessation de l'écoulement, alors que les autres moyens usités étaient restés sans effet. (*Gaz. des hôp.*, n° 15.)

LÉGISLATION. Sous le titre de *Confraternité médicale*, M. le professeur Schutzenberger a prononcé à la Société de médecine de Strasbourg un discours qui a plus directement trait à la législation qu'à la confraternité, et dont les idées libérales méritent d'être rappelées. Pour tous les médecins dignes de ce nom, la source de la confraternité est dans le secours, le besoin qu'ils ont les uns des autres de s'aider réciproquement. De là leurs sociétés, leurs associations. A toutes les époques, les hommes de valeur et d'initiative se sont recherchés, unis, et la corporation s'est ainsi spontanément et librement constituée, et pendant de longs siècles elle a pourvu seule à l'enseignement des néophytes, les examinant, conférant des grades et des titres et réglant par des statuts l'exercice hono-

rable de la profession. C'est ainsi que dans l'ancienne Grèce et dans l'antique capitale du monde, l'État ne s'occupait nullement de l'enseignement ni de l'exercice de la médecine, ce qui n'a pas empêché qu'elle y fût dignement enseignée et exercée par des hommes de science, de haute capacité et d'une irréprochable moralité. Partout et à toutes les époques, les vrais médecins ont trouvé dans leur union confraternelle le moyen de sauvegarder l'honneur et la dignité de leur profession, et cela d'autant plus que l'État se privait d'intervenir.

Cette situation autonome du corps médical existe encore aux États-Unis d'Amérique et en Angleterre. Sans louer ni blâmer cette abstention absolue du pouvoir, M. Schutzenberger remarque que son action n'est pas indispensable pour créer de grandes choses et satisfaire aux principales exigences de la santé publique et de la dignité professionnelle. En se substituant à l'initiative médicale individuelle, la législation française a diminué, affaibli la confraternité. Chaque médecin exerce en vertu de son droit individuel acquis de l'État par le diplôme et le titre qu'il lui confère. Une fois diplomés, les médecins sont sans liens entre eux, pas plus qu'avec les Écoles, les Facultés où ils ont étudié, ni les professeurs qui les ont enseignés. Celles-ci, loin d'être indépendantes, autonomes, font partie de l'Université, de même que le professorat est une fonction publique rétribuée par l'État.

Aussi le libéral professeur craint-il l'intervention trop directe et trop absorbante de l'État devant les demandes incessantes de réorganisation de l'enseignement, de réglementation de l'exercice pour assurer les secours de l'art à tous les citoyens, pour protéger les médecins titrés contre l'exercice illégal, etc., etc. C'est une grave erreur de croire que notre législation doit privilége et protection au médecin titré, d'où bien des prétentions mal fondées. La législation ne s'est préoccupée que de la santé publique. Son diplôme n'est qu'une garantie de capacité. De là la conservation du titre d'officier de santé. Les lois pénales contre l'exercice illégal ont aussi été faites uniquement dans l'intérêt de la santé publique. Toute intervention, toute loi, toute réglementation qui dépasse ce but, est une exagération.

Le diplôme ainsi obtenu et délivré ne crée donc pas la dignité professionnelle, il ne lui donne au nom de l'État qu'une consécration officielle. Il n'est qu'un signe extérieur du lien confra-

ternel. Si les médecins peuvent s'en applaudir au point de vue de l'exercice, ils sont beaucoup moins intéressés qu'on ne pense généralement au maintien, à la stricte observation des lois répressives contre celui-ci. Si de tout temps des spéculateurs malhonnêtes, des médicastres incapables et immoraux ont exploité l'ignorance et la *crédulité publique*, cela n'a pas empêché les vrais médecins d'être reconnus et appréciés par le public. Au nom de leur propre intérêt professionnel, ils ne doivent donc pas réclamer avec trop d'insistance des lois plus sévères ou une répression plus active contre l'exercice illégal : car, si l'État entrait dans cette voie au nom des priviléges professionnels du médecin, ce n'est pas l'exercice illégal qui aurait à en souffrir le plus ; il en serait quitte pour changer de forme et peut-être d'habit. Au besoin, il se cacherait sous le voile de la charité et de la bienfaisance, et ferait taire la rigueur des lois et de la répression au nom des principes les plus sacrés de l'humanité. Mais, si l'État étendait sur les médecins en titre sa protection, il se croirait certainement aussi en droit de demander quelque chose en retour. Ce quelque chose serait tout simplement l'abandon d'une partie de leur liberté professionnelle. En retour, l'État pourrait se croire en droit d'assigner au médecin sa résidence, de taxer le chiffre de ses honoraires, de l'obliger à soigner les pauvres, de contracter abonnement avec les gens aisés d'une circonscription ou d'une commune. Le fonctionnarisme médical, substitué à la liberté de la profession, voilà ce qui est au bout de cette intervention de l'État réclamée pour protéger nos intérêts professionnels. Ce ne sont pas là de vaines appréhensions. Chaque principe a ses conséquences. Partout où l'État a assuré comme un droit le monopole de l'exercice médical, la liberté professionnelle a été plus ou moins compromise. Elle a été compromise dans une grande partie de l'Allemagne. Pendant un certain temps, elle était complétement anéantie en Bavière, où l'État assignait résidence forcée et salaire taxé au médecin en titre. Dans une grande partie des pays d'outre-Rhin, la taxe légale a été, elle est encore la conséquence forcée de la protection légale demandée et obtenue. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

LIGATURE. *Modification.* Un nouveau mode de placer les fils de la ligature a été adopté récemment à l'hôpital Middlesex de Londres par M. Campbell (de Morgan), afin qu'ils ne s'oppo-

sent pas à la cicatrisation de la plaie. Une fois les vaisseaux liés, au lieu de les placer à la partie la plus déclive de la plaie, comme c'est l'habitude, il les fait passer à travers la peau au moyen d'une aiguille dans l'endroit le plus proche de l'artère liée. La cicatrisation de la plaie ou de la blessure n'en est ainsi pas entravée (*Lancet*).

Recherches sur les altérations des artères à la suite de la ligature, par le docteur Th. Cocteau. Brochure in-8° de 77 pages, Paris, 1867. Bonne monographie traitant dans son ensemble et avec une grande érudition le sujet choisi. On la consultera avec profit pour recourir aux sources.

LUPUS. M. Horand propose la pulvérisation de l'éther comme agent modificateur de certaines néoplasies, du lupus en particulier. L'action exercée par l'éther sur les nerfs vaso-moteurs, et par conséquent sur la nutrition du néoplasme, paraît expliquer cette modification, qui semble surprenante de prime abord.

Aussi M. Diday élève-t-il quelques doutes à cet égard ; mais l'auteur y répond par les faits suivants :

Quatre ou cinq pulvérisations appliquées sur un bubon chancreux ouvert spontanément ont suffi pour amener la guérison au bout de quinze ou vingt jours. Le même moyen, trois fois répété sur un ulcère calleux, chez un malade depuis six mois à l'Antiquaille, sans aucun progrès de cicatrisation, a pu, en quelques jours, faire cicatriser la moitié de la solution de continuité.

Enfin, trois lupus ont été très-sensiblement améliorés par le même moyen. M. Horand reste donc convaincu de l'excellence de la méthode. Les faits ne sont pas très-favorables à sa manière de voir. Il ajoute, et c'est une particularité digne d'intérêt, que 15 grammes d'éther pur et refroidi suffisent pour produire l'anesthésie sur une petite surface. (*Gaz. méd. de Lyon*, mai.)

Iode. Après avoir cautérisé vingt fois avec le nitrate d'argent, de mercure, la solution d'or et autres caustiques, un lupus du nez, sans succès, le docteur Barbier fut très-étonné que quatre applications d'une seule goutte de teinture d'iode, déposée sur le mal avec un fétu de paille, l'aient fait disparaître

en 15 jours (*Idem*, n° 16.). Quoi d'étonnant, devant la pratique de M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis, et d'autres qui emploient l'iode avec succès dans toutes les dermatoses, et surtout celles qui sont ulcérées ? — Voy. DERMATOLOGIE.

LUXATIONS. Luxation ovalaire. DIAGNOSTIC. La rareté de cette luxation et ses caractères souvent obscurs doivent faire prendre en considération le moyen employé par M. le docteur Desgranges; c'est l'anesthésie. Chez un blessé, resté trois semaines en expectative et entré le 3 mai 1865 à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, on constate une flexion à angle droit de la cuisse gauche sur le bassin, et à angle aigu de la jambe sur la cuisse. L'extension du membre n'est qu'apparente; les mouvements latéraux sont mieux conservés; allongement du membre sur son congénère; tuméfaction générale de la hanche, surtout à la région pelvi-trochantérienne. Vaste ecchymose en dedans de la cuisse consécutive à une bosse sanguine. On diagnostique une arthrite traumatique, et l'on agit en conséquence.

Mais, 15 jours après, les défectuosités de la marche révèlent la véritable nature du mal. Le membre est fortement fléchi, la pointe du pied tournée en dehors, le blessé se penche à droite et le membre malade est porté en avant par un mouvement de circumduction comme s'il était ankylosé à la hanche et au genou. Soupçonnant dès lors une luxation, M. Desgranges soumet le blessé à l'éthérisation et constate par la résolution musculaire :

1° L'allongement réel du membre.

2° La flexion directe de la cuisse sur le bassin, et le soulèvement du bassin par les mouvements d'extension exercés sur la cuisse;

3° Des mouvements de latéralité possibles et peu prononcés en rotation;

4° Applatissement de la région trochantérienne;

5° Distance anormale du trochanter à l'épine iliaque antéro-supérieure, et du grand trochanter à la ligne médiane, et par suite dans la direction;

6° Saillie osseuse, arrondie en dedans de la cuisse, roulant sous les doigts par les mouvements du membre. (*Union méd. de la Gironde*, février.)

Cette épreuve diagnostique, en permettant de constater une luxation ovalaire 46 jours après l'accident, et de la réduire avec

succès, enseigne à y recourir dans tous les cas douteux. En gagnant du temps, on rend la réduction plus facile et moins dangereuse.

Luxations de l'épaule; *méthode du pendule.* Employée avec succès par M. le professeur G. Simon dans 6 cas, dont il rapporte les observations, cette méthode repose sur le principe de l'élévation du bras. Le malade couché par terre, le long d'un banc ou d'une chaise, et le bras sain étant fixé autour du thorax afin d'empêcher le blessé d'y prendre un point d'appui, un aide monté sur une chaise saisit le membre luxé par le poignet ou l'avant-bras et le tire en haut, tandis que le chirurgien, saisissant l'épaule, opère la coaptation. Si l'extension doit être considérable, une alèze fixée au membre sert à l'attacher à une moufle qui suspend ainsi le blessé par le bras en évitant qu'il prenne un point d'appui sur les pieds. Le mouvement de pendule qui s'opère, d'où le nom du procédé, facilite la réduction. (Langenbeck, *Archiv für Chir.*, nº 1.)

On voit que cette méthode repose, comme tant d'autres, sur le principe de la tension continue persistante des muscles pour en empêcher la contraction. Aussi la *Gazette hebdomadaire* en réclame-t-elle la priorité en faveur de M. Gaillard, de Poitiers, qui, dès le mois de mai 1863, le mettait à exécution (voy. *Année* 1864), tandis que les premiers essais du chirurgien allemand ne datent que du mois de juin. (*Gaz. hebd.*, nº 24.)

M

MANIE. *Digitale.* Son action calmante, suivant le docteur Robertson, s'explique par sa tendance à calmer le pouls et à mieux favoriser ainsi l'apport du sang au cerveau. Elle n'a été efficace que quand le pouls a été influencé.

Les individus affaiblis par la maladie ou épuisés par l'agitation la supportent mieux en général que les individus forts et robustes. Elle agit comme un stimulant de l'action du cœur; mais il en résulte un spasme tonique, si la stimulation est excessive. Il faut donc donner une plus grande quantité de digitale pour obtenir cet état tonique sur un cœur affaibli par l'épuisement. Le docteur Lister a constaté que si l'on irrite le

nerf pneumogastrique chez un sujet dont la constitution est faible, il faut une stimulation galvanique plus intense que chez un sujet plus robuste, pour activer l'action du cœur et ensuite l'affaiblir.

Le docteur Robertson a administré la teinture de digitale à la dose de un demi-gros à un gros, soit 1 à 2 grammes, trois ou quatre fois par jour, la teinture anglaise étant moitié moins chargée, environ, que la teinture française Le malade peut paraître plus excité pendant les premières heures ; mais, en persévérant, on voit bientôt l'excitation baisser et le pouls devenir intermittent. Alors il faut suspendre la digitale jusqu'à ce que le cœur revienne à son rhythme normal. Cette période varie suivant les diverses constitutions ; chez quelques personnes, cette modification de la circulation peut durer quelques jours ; chez d'autres, quelques heures seulement.

Des malades, en petit nombre, se trouvent mieux de petites doses, dix gouttes (cinq pour nous), trois fois par jour, durant plusieurs mois ; mais, comme règle générale, il semble convenable, excepté dans les cas d'épilepsie, de donner la digitale pendant la durée de l'agitation, et d'en tenir l'action en réserve jusqu'au moment où l'agitation devient imminente.

Il paraît, du reste, que la digitale aurait la propriété de prévenir les attaques. (*Ann. médic. psychol.*)

Bien mieux que toutes les hypothèses précédentes, pour lesquelles nous renvoyons au mot *Digitale*, le cas remarquable rapporté par M. Isambert prouve son efficacité. Chez un garçon de quatorze ans et demi, admis à l'Hôtel-Dieu, avec délire incohérent et mouvements très-désordonnés, exigeant la camisole de force, il suffit d'administrer 30 gouttes de teinture par jour pour faire cesser l'agitation, bien que le délire persistât. (*Bull. de thér.*, juillet.)

MÉDECINE. *La médecine à l'Exposition universelle de* 1867; un petit volume in-12, publié par la Société médicale allemande de Paris, librairie *Germer Baillière*. Quoique publié spécialement pour servir de guide aux médecins visiteurs de l'Expositon universelle, et leur indiquer dans cet immense dédale tous les objets pouvant les intéresser spécialement, comme les préparations anatomiques, les instruments de chirurgie, bandages et appareils, tout ce qui a trait à la médecine et à l'hygiène, à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle des différents pays et

à la pharmacie, ce catalogue n'a pas perdu toute utilité par la clôture de l'Exposition. De même qu'il a épargné bien du temps à ceux qui ont voulu voir, examiner, toucher, apprécier tel ou tel objet et se renseigner sur ses détails, et que, sans lui, ils eussent souvent cherché, en vain même, dans le *Catalogue officiel*, ou du moins qu'ils n'y eussent pas aussi facilement trouvé, il sera toujours d'un utile secours à ceux qui, voulant se procurer tel ou tel des objets ou des produits exposés, pourront ainsi, non-seulement connaître les noms et adresses des fabricants, ou se les procurer dans les divers pays, mais ils pourront encore choisir, d'après les indications et les renseignements fournis par ce catalogue, ceux qui leur conviennent le mieux. Il reste donc, pour le médecin, le Guide-catalogue de tous les objets de premier choix qui peuvent l'intéresser.

MÉLANODERMIE. *Température.* Ce symptôme, omis dans les observations recueillies jusqu'ici, vient confirmer les altérations de nutrition qui sont en général le premier signe de cette maladie. Notée avec le thermomètre, par M. Siredey dans trois observations, la température a marqué un abaissement chez les trois malades ; abaissement qui, variant de un à deux degrés, est beaucoup plus marqué à jeun que pendant la digestion, où il tend à se rapprocher de l'état physiologique. (*Société médicale des hôpitaux*, décembre 1866.) C'est le seul point nouveau de ces trois nouveaux faits relatés *in extenso*, et observés avec une rigueur toute mathématique.

On Addison's Disease (Sur la maladie d'Addison). Leçons cliniques et mémoire basés sur un total de 196 observations colligées par le docteur Greenhow. Brochure de 64 pages in-8, Londres.

Des conclusions tirées de cette statistique et qui ne présentent rien de neuf, la dernière seule, relative à l'influence du sexe, de l'âge et de la profession, semble utile à retenir : c'est que les hommes en sont atteints en bien plus grande proportion que les femmes ; que les enfants au-dessous de dix ans en sont exempts, de même que les viellards, et qu'elle atteint surtout les personnes qui se livrent à un travail manuel. Ce qui ne veut pas dire que des observations ultérieures ne détruiront pas ces données statistiques.

MÉLANOSE. *Inoculabilité.* D'après une expérience, mais une seule, de M. Goujon, faite sur des chiennes, cette matière pigmentaire s'est reproduite et multipliée, non-seulement au lieu d'insertion, mais autour des ganglions bronchiques et à la surface des aponévroses. Mais en les répétant avec de la matière prise sur le cadavre, M. Liouville a échoué complétement. Rien n'est donc positif à cet égard, d'autant moins que la substance normale, physiologique, le pigment de la choroïde, inoculée à d'autres animaux, s'est retrouvée comme le produit pathologique, la mélanose, dans les vaisseaux pulmonaires et autour des ganglions bronchiques. (*Gaz. des hôp.*, n° 85.) Ces résultats impliquent une inconnue qui est à élucider.

MÉNINGITE. De même que le professeur Friedreich, M. Bastian conclut d'un examen de deux cas d'enfants atteints de méningite tuberculeuse que les granulations de la pie-mère ne sont pas identiques avec celles des membranes séreuses, des poumons et des autres parenchymes. Au lieu de petites productions fibroplastiques dues à la prolifération des éléments du tissu connectif, elles sont presque invariablement une multiplication des noyaux épithéliaux à l'intérieur des gaînes périvasculaires. On ne doit pas les considérer comme des types de granulation tuberculeuse, ou comme étant identiques avec celles des membranes séreuses, mais bien plutôt comme ayant une structure tout à fait générale et *sui generis*. (*Edinb. med. Journ.*, avril.)

Méningite cérébro-spinale. Dans une étude récapitulative des épidémies de cette redoutable maladie qui ont régné aux États-Unis, le docteur Weber, pour montrer qu'elle diffère du typhus, avec lequel quelques auteurs l'ont confondue par la ressemblance de certains symptômes, en établit le tableau symptomatologique suivant, utile à la précision du diagnostic différentiel, souvent fort difficile à établir pour les praticiens qui n'ont jamais observé celle-ci :

MÉNINGITE SPINO-CÉRÉBRALE.	TYPHUS.	
	ANALOGIES.	DIFFÉRENCES.
Prodromes rares; début soudain ordinairement.	Prodromes parfois; début inopiné le plus souvent.	—
Éruption, manquant d'ordinaire, apparaît du premier au deuxième jour.	—	Éruption le plus souvent paraissant du quatrième au septième jour.
Purpura et *vibices*.	Purpura et *vibices*.	—
Herpès aux lèvres et ailleurs.	Herpès labial seul.	—
Langue parfois noirâtre.	Langue toujours d'un brun noirâtre.	—
Nausées et vomissements assez souvent.	—	Parfois nausées, rarement vomissements.
Délire souvent dès le premier jour, ordinairement loquace et tranquille, avec coma consécutif de bonne heure.	—	Rarement délire avant le sixième ou septième jour; souvent furieux le neuvième ou le dixième jour.
Pupilles dilatées d'ordinaire.	Pupilles contractées, avec le délire.	Dilatation rare des pupilles
Céphalalgie continuant après le délire.	—	Céphalalgie cessant avec le délire.
Sensibilité douloureuse de la peau.	Sensibilité cutanée.	—
Soubresauts des tendons pas rares.	Soubresauts des tendons.	—
Convulsions au début.	—	Convulsions vers le septième jour.
Rigidité musculaire.	Rigidité des fléchisseurs seulement.	—
Opisthotonos communément.	—	Opisthotonos très-rare.
Inflammation cérébrale ordinaire.	—	Inflammation du cerveau rare.
Peau rarement très-sèche.	—	Peau sèche ordinairement.
Pouls de 80 à 140, irrégulier en général.	Pouls de 80 à 140.	Pouls régulier.
Grande prostration.	Grande prostration.	—
Constipation, parfois diarrhée; matières noires.	Constipation, parfois diarrhée de matières noires.	—
Urines rares parfois.	Urines souvent diminuées.	—
Albuminurie parfois.	Albuminnrie parfois.	—

MÉNINGITE CÉRÉBRO SPINALE.	TYPHUS.	
	ANALOGIES.	DIFFÉRENCES.
Complication de pneumonie parfois.	Complication de pneumonie dans quelques cas.	—
Complication d'angine.	Complication d'angine.	—
Gonflement inflammatoire des parotides, des ganglions cervicaux et autres.	Gonflement inflammatoire et bubons, des parotides et spécialement des ganglions sous-maxillaires.	—
Pas de période d'amélioration.	—	Amélioration du dixième au seizième jour.
Périodes de trois jours environ.	—	Périodes de cinq jours
Mort du deuxième au sixième jour, assez souvent même le premier.	—	Mort du deuxième au douzième jour, rarement le premier.
Peu contagieuse.	Peu contagieuse.	—
Sang fluide et noir.	Sang fluide et noir.	—
Congestion pulmonaire hypostatique et parfois exsudation sanguine dans le parenchyme des poumons.	Poumons sains rarement; congestion hypostatique fréquente allant jusqu'à la consolidation des deux poumons, œdème parfois.	—
Pneumonie peu commune, sinon avec cette forme épidémique.	—	Pneumonie 43 fois sur 288 cas.
Jamais de pleurésie.	—	Pleurésie récente parfois.
Epanchement séreux dans le péricarde.	—	Jamais d'épanchement du péricarde.
Traces de cardite.	—	Traces de cardite rarement.
Rate hypertrophiée et ramollie.	Rate hypertrophiée et ramollie.	—
Foie ramolli.	Foie ramolli.	—
Foie hypertrophié.	—	Foie non hypertrophié.
Ecchymose inflammatoire de la muqueuse intestinale; plaques de Peyer saillantes et parfois ulcérées.	—	Glandes de Peyer saines, sans traces inflammatoires de la muqueuse.
Lésions principales et constantes d'inflammation du cerveau et du rachis.	—	Inflammation très-rare du cerveau ou de ses enveloppes, sinon comme complication.

(*Boston med. and Surg. Journal*, n° 2019.)

MENSTRUATION. Sur cette deuxième question posée par le Congrès international, voici le tableau statistique présenté par M. Lagneau fils :

		Age moyen de la première menstruation.		
4,234	Germaines du Nord..	16 ans	9 mois	16 jours.
3,759	Anglaises....... ..	14	11	2
5,661	Françaises.........	15	1	21
1,140	Asiatiques du Sud...	12	11	17

Frappé de l'âge tardif de la ménopause chez les Shetlandaises et de la différence avec les Écossaises, tandis que la première menstruation paraît à une période uniforme, M. le docteur Cowie s'est convaincu, d'après les statistiques officielles de la mortalité, d'un rapport mathématique entre cette fonction et la durée de la vie, comme le montre le tableau suivant :

	Iles Shetland.	Écosse.
Au-dessus de 70 ans, elle est de	33,55 p. 100.	18,25 p. 100.
— de 80 ans..........	20,00	7,05
— de 90 ans..........	5,03	1,00
De 91 à 105 ans......	2,68	0,29

Tous les autres travaux statistiques sur ce sujet, pour la Suède, la Norwége et d'autres pays, sont trop restreints pour être de quelque valeur. Celui de M. Mayer, de Berlin, basé sur 6,000 observations faites sur des Allemandes, entre le nord et le centre de l'Allemagne, mérite seul d'être pris en considération ; mais, divisé et subdivisé en tableaux, il échappe à l'analyse et à la synthèse, et n'est ainsi susceptible que d'une mention.

Plus vitaliste que statisticien, le docteur Cortajarena, de Madrid, tout en reconnaissant les différences de la menstruation selon les âges entre les Andalouses et les Galiciennes, par exemple, conclut que ni le climat, ni la race, ni les conditions diverses de la vie en sont la cause directe et immédiate ; que celle-ci est subordonnée à la nutrition, à la pléthore et la force spéciale de la femme dont il y a seul à s'occuper pour obtenir des statistiques vraies et des résultats exacts. Comment vérifier, contrôler, que ce sont bien là les seules causes de ces différences ?

MENTAGRE. A la liste déjà si longue des remèdes préco-

nisés contre cette affection rebelle, le docteur Stewart ajoute une solution aqueuse concentrée de nitrate de potasse. Elle a réussi *en quelques jours* à guérir des cas qui avaient résisté pendant des semaines à d'autres traitements. (*Lancet.*)

MERCURE. *Incompatibilité de l'iode.* Conformément à cette observation de M. Bouchardat que l'iodure de potassium, en présence d'une préparation mercurielle insoluble, donne naissance à un iodure double, M. le docteur Isambert a signalé à la *Société de thérapeutique* trois exemples où l'ignorance ou l'oubli de cette remarque pratique a produit des effets fâcheux. Ayant employé une pommade d'iodure de potassium dans un cas d'orchite après des onctions d'onguent napolitain, le malade ressentit une vive cuisson, une brûlure insupportable ; le scrotum était d'un rouge vif et extrêmement douloureux. Des parcelles de mercure étaient sans doute restées dans les plis de la peau du scrotum, et s'étaient combinées avec l'iodure, avec dégagement de chaleur, pour former un iodure double et un iodate de potasse.

Le même accident s'est produit à un degré plus intense dans une orchite traitée avec les bandelettes de sparadrap de Vigo, et suivies de l'application d'une pommade iodurée. Malgré des lavages préalables, une véritable vésication de toute la surface du scrotum s'ensuivit. Toutefois, en cherchant à reproduire artificiellement cette vésication extemporanée sous les deux clavicules d'un jeune phthisique avec une onction mercurielle deux jours de suite, et une pommade iodurée le troisième, rien ne s'est produit, malgré la rancité des pommades. D'où il suit que ce phénomène ne se produit pas uniformément chez tous les individus sur toute la surface cutanée.

Un fait curieux témoigne pourtant de la réalité de cette réaction. Le docteur Hennequin, pratiquant des insufflations de poudre de calomel sur la cornée d'une enfant soumise au traitement ioduré à l'intérieur, vit une conjonctivite intense avec eschare se produire dans la rainure oculo-palpébrale inférieure. Les larmes éliminant de l'iodure de potassium, en s'accumulant là, avaient déterminé cette réaction. Voy. Kératite.

Incompatibilité du soufre. — A la suite de l'emploi d'une pommade au calomel contre un herpès circiné intéressant une certaine étendue de la peau, et d'une autre avec le deuto-iodure

de mercure et l'iodure de potassium, un bain sulfureux ayant été permis, la malade, aussitôt qu'elle y fut entrée, se mit à crier, à pleurer et à se plaindre d'une vive cuisson à la place des frictions. Le sulfure de potassium avait réagi sur le deuto-iodure. Les parties malades avaient l'aspect brunâtre de brûlure au premier et au second degré ; mais l'herpès fut guéri du coup.

Cette réaction du bain sulfureux sur le mercure a été confirmée par trois expériences. Chez un rhumatisant dont les jointures étaient depuis longtemps soumises à des badigeonnages avec la teinture d'iode, rien ne s'est produit. Mais, chez deux phthisiques à peau très-fine, des onctions répétées avec la pommade au deuto-iodure de mercure et l'iodure de potassium détermina de la rougeur et des phlyctènes séro-purulentes. Un bain sulfureux donné après dans une autre expérience détermina une cuisson supportable, sans vésication, quoique l'épiderme s'enlevât le lendemain. (*Bull. de thér.*, juin.)

Il convient donc de se rappeler la facilité des réactions très-vives dont ces cas sont des exemples, à cause des complications, douloureuses pour le malade et compromettantes pour le médecin, qui peuvent en être la conséquence.

MÉTRORRHAGIE. *Perchlorure de fer.* Si la solution aqueuse et étendue de cet agent réussit bien en injections pour arrêter le sang, elle donne lieu à des accidents consécutifs qu'il est utile de connaître. Le docteur Raymond, aide-major à Lille, en les prescrivant dans deux cas, vit le vagin se rétrécir tellement, qu'il fut absolument nécessaire d'en suspendre l'usage par suite de l'impossibilité d'introduire la canule de la seringue, bien que la dose du perchlorure ne fût que de 20 gouttes pour 200 grammes d'eau. Des coliques assez intenses survinrent aussi après chaque injection, et dans le premier cas, un éréthisme si violent en fut la conséquence, que la malade elle-même était effrayée de l'excitation sexuelle qui la tourmentait. Que ce soit à l'astriction, à la turgescence, à la mortification de la couche épithéliale de la muqueuse qu'il faille attribuer ces accidents ou à d'autres causes, ils ne sont pas moins à prévoir et à redouter. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Métrorrhagie puerpérale. *Éther pulvérisé.* Projeté

sur la région hypogastrique contre une perte abondante, suite d'accouchement, survenue à la Maternité de Glasgow, ce liquide arrêta immédiatement l'écoulement du sang dont l'inertie utérine était la cause. La réfrigération détermina une contraction permanente qui prévint toute récidive. (*Glasgow med. Journ.*)

La pulvérisation de l'éther eut le même succès entre les mains du docteur Braxton-Hicks, à l'hôpital Guy de Londres. Une primipare de vingt et un ans, à terme, perd du sang à la suite d'une grande fatigue. Au toucher, la dilatation du col a l'étendue d'un shilling; contractions lentes et sourdes, mais la faiblesse est croissante, et malgré l'arrêt de l'écoulement sanguin, survient une syncope. Le docteur Hicks constate la dilatation et la dilatabilité du col, la rupture des membranes; la tête pressant sur l'orifice; le fond de l'utérus large, tendu, dur. Agitation extrême de la malade; pouls faible. Diagnostiquant une perte interne, M. Hicks appliqua le forceps, et amena un enfant vivant. Mais un abondant écoulement de sang, avec caillots, suivit bientôt, ainsi que l'expulsion du placenta, et l'hémorrhagie devenait inquiétante par l'inertie de l'utérus, quand l'application du froid, au moyen de l'éther pulvérisé, arrêta aussitôt l'écoulement, en ramenant les contractions utérines d'une manière permanente. (*Lancet*, février.)

C'est là, sans contredit, un nouveau et ingénieux moyen d'appliquer le froid sans les inconvénients des précédents, et qui unit l'action anesthésique à l'efficacité du froid.

L'influence salutaire de ce moyen a été confirmée dans un second cas par M. Broadbent, de Manchester. Après un accouchement naturel, la main ayant été employée pour détruire des adhérences intimes du placenta, une hémorrhagie abondante s'ensuivit, que ni l'ergot, ni le tamponnement, ni la stimulation manuelle ne parvinrent à arrêter. Le pouls devenait insensible, et l'utérus était comme une vessie inerte, sans contractions même sur la main. De concert avec M. Harisson, un jet à double courant d'éther pulvérisé fut dirigé sur la région hypogastrique, et aussitôt des contractions se manifestèrent, et l'hémorrhagie, due évidemment à l'inertie, cessa en même temps. (*British. med. Journ.*, juin.) C'est donc un moyen à ne pas négliger, surtout s'il était d'un emploi plus facile.

MICO-MYRINGITIS. Sous cette nouvelle dénomination, M. le docteur Wreden décrit une maladie parasitaire du tympan, aussi nouvelle que sa dénomination, et pour laquelle il propose aussi une nouvelle opération. Voy. Tympan.

MIGRAINE. *Bromure de potassium.* Des différentes espèces de migraine, c'est à celle qui est causée par l'anémie progressive, que M. Barudel, médecin-major, oppose avec avantage ce nouvel agent thérapeutique. Et ce n'est pas cette anémie passagère résultant d'hémorrhagie, mais l'anémie progressive, sous l'influence des climats chauds, des cachexies, des affections chroniques, la chloro-anémie en particulier, des intoxications palustres, etc., etc.

La pâleur de la face et la décoloration de tous les tissus, une grande faiblesse musculaire, l'hypertrophie du foie, de la rate, des ganglions lymphatiques, la leucémie, et les bruits de soufflet à la base du cœur, au niveau de l'orifice aortique dans les carotides, en sont les signes distinctifs. Une dyspepsie habituelle, et le retour régulier du mal, complètent le tableau. C'est donc là une névrose symptomatique, résultant d'un état général, d'une altération du sang dans sa quantité ou sa qualité. Un signe différentiel anatomique la caractérise : c'est le changement de forme de la pupille à l'ophthalmoscope. Elle est élargie d'un côté, ou rétrécie de l'autre, suivant le siége unilatéral de la douleur ; d'un accès à l'autre, les pupilles subissent de fréquentes variations. Dans deux cas mortels, il existait une atrophie progressive de la pupille à contours inégaux, les capillaires cérébraux ne se voyaient plus, la rétine était décolorée, et l'affaiblissement de la vue était voisin de la cécité. Rien d'analogue dans les hémicrânies idiopathiques.

Quand les grandes modifications hygiéniques, les changements de lieu, de climat, les eaux minérales, l'hydrothérapie, le fer, les toniques, les amers, n'ont pu relever la tonicité amoindrie de l'organisme, ou que, sous l'influence d'une cachexie, un accès se manifeste, on peut tenter de faire avorter les suivants, en troublant leur régularité par l'exercice en plein air, des distractions morales ou une excitation thérapeutique interne ou externe. On ne saurait, malgré l'intermittence, recourir au sulfate de quinine, car ces accès se manifestent parfois dans l'intoxication palustre, alors que le malade est soumis à ce médicament. C'est alors que M. Barudel administre

2 grammes de bromure de potassium, moitié avant le repas du soir, moitié avant l'heure du sommeil, et parfois durant l'accès, dans un véhicule aromatique ou le sirop d'écorces d'oranges et de fleurs d'orangers. Un assoupissement en résulte, sans congestion cérébrale ni constipation, comme avec l'opium; c'est un sommeil calme, exempt de rêves et d'hallucinations, naturel et réparateur. Deux observations, rapportées à l'appui, montrent les avantages de ce sédatif, préférable aux opiacés et aux solanées vireuses. S'il ne guérit pas la maladie, il en éloigne les accès, et donne ainsi le temps de vaincre la cause, de détruire le mal dans sa source. (*Mem. de méd. et de chirurg. militaire*, mai.) Voy. NÉVRALGIES.

MORT. Mort par le froid. Elle est le résultat, suivant M. Pouchet, de l'empoisonnement par les globules du sang altéré. (Voy. CONGÉLATION, *année* 1866). En souscrivant à cette doctrine, M. Luigi de Crecchio y ajoute la congestion cérébrale et la stupéfaction du système nerveux. (*Il Morgagni*, 1866.) C'est au contraire par anémie cérébrale suivant M. Walther, d'après ses expériences sur le lapin. (*Gaz. méd. de Paris.*) On comprend que les moyens d'y remédier varient de même et soient aussi contradictoires. Tandis que l'indication de réchauffer vite ressort de la théorie de M. Walther, cette pratique est funeste selon M. Pouchet, d'accord ainsi avec le préjugé vulgaire. L'Allemagne, l'Italie et la France sont ainsi en complet désaccord sur cette question.

Afin de stimuler la découverte d'un moyen de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle, M. le marquis d'Ourches a institué en mourant deux prix à décerner par l'Académie impériale de médecine : l'un de 20 000 fr. et l'autre de 5000.

MORTALITÉ. *Influence du froid.* Suivant une statistique de dix-huit semaines sur la température à Londres dans les années de 1861, 64 et 67, la mortalité augmente de cent personnes pour chaque degré que le thermomètre baisse au-dessous du point de congélation de l'eau. Sans que l'on puisse admettre cette rigoureuse proportion, il est certain qu'une relation intime existe entre les variations thermométriques de l'hiver et la mortalité publique (*Lancet*, août). C'est ainsi que les jeunes

enfants, les nouveau-nés et les vieillards sont très-sensibles au froid et succombent fréquemment par cette cause.

M. Lombard de Genève a de nouveau exprimé cette vérité bien connue dans cette conclusion d'un mémoire *Sur les influences atmosphériques, sur la mortalité aux différents âges et en différents pays* : le froid augmente la mortalité des nouveau-nés, des très-jeunes enfants et des vieillards dans une proportion décroissante avec l'âge pour les jeunes enfants et croissante avec l'âge pour les vieillards.

Mais l'extrême chaleur ne produit-elle pas le même effet, et n'y a-t-il pas lieu de constater de même son influence nocive sur la mortalité générale? M. Lombard l'a constaté en effet. Il dit dans sa deuxième conclusion : la chaleur exerce une influence désastreuse sur les enfants âgés de six à vingt-quatre mois, qui succombent en nombre d'autant plus grand que le pays est plus méridional et par conséquent plus chaud. (*Acad. de méd.* mai.)

Influence du mariage. Des recherches statistiques faites par le docteur Stark sur la mortalité comparée des mariés et des célibataires en Écosse, il résulte, par le relevé officiel de neuf années consécutives, qu'à tout âge, excepté de 10 à 16 ans, la proportion des décès est constamment plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes, malgré les dangers de la parturition pour celles-ci. Étudiée parmi les hommes de 20 ans et au-dessus exclusivement pendant l'année 1863, la mortalité a été de beaucoup et constamment moindre parmi les mariés et les veufs que parmi les garçons de 20 à 25 ans, par exemple. Sur 100 000 garçons, il y eut 1174 décès et seulement 597 parmi les mariés. De 30 à 35 ans, il y eut 1475 décès parmi les premiers et seulement 907 parmi les seconds, et ainsi des autres âges jusqu'à 80 ans. L'influence du mariage paraît donc ici favorable à la longévité.

C'est le contraire pour les femmes. De leur mortalité comparée pendant les années 1861 et 62, il résulte que la proportion des décès des femmes mariées est supérieure à celle des non-mariées de 15 à 30 ans et de 40 à 45, tandis que, de 30 à 40, ceux des non-mariées prédominent légèrement.

Ces résultats statistiques sont assez nouveaux, curieux et intéressants pour être contrôlés dans les autres pays pour savoir si l'interprétation que leur donne le savant statisticien écossais

est fondée, à savoir : si la naissance du premier-né pour les femmes mariées est la cause de la prédominance de leur mortalité.

MOUVEMENTS. Mouvements musculaires. Les découvertes anatomico-physiologiques du professeur Rouget (voy. MUSCLES, *Année* 1865) l'ayant conduit à de nouvelles expériences sur la contraction musculaire chez les animaux, il en conclut que loin d'être constituée par une série de secousses, ou vibrations successives, elle est une propriété inhérente à la fibrille musculaire vivante, une conséquence nécessaire de sa structure et de son élasticité, laquelle se développe par l'échange des matériaux de nutrition ; augmentant avec l'activité de leur apport, diminuant ou s'éteignant par leur épuisement et pouvant être momentanément suspendue par tous les excitants de la contractilité musculaire, l'action nerveuse, la chaleur, le choc, etc.

C'est ainsi que l'ingénieux physiologiste, expérimentant sur l'animal vivant, a montré que tout ce qui peut mettre obstacle à la nutrition de la fibre, la met en contraction. En liant l'artère d'un membre, en multipliant les excitations d'une manière presque continue, en appliquant aux muscles une chaleur croissante, il est toujours arrivé aux mêmes résulats. Or, tous ces excitants arrêtent le mouvement nutritif. Le myographion décèle des contractions fibrillaires de plus en plus fréquentes, qui finissent par ne plus être séparées ; d'où la rapidité tétanique, immobile et inaltérable. (*Acad. des sc.*, juin.)

Physiologie des mouvements démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique et applicable à l'étude des paralysies et des déformations, par le docteur G. B. Duchenne (de Boulogne). Un vol. grand in-8 de 900 pages, avec 101 figures dessinées d'après nature. Œuvre riche d'idées nouvelles et de faits saisissants, intéressant la science et la pratique et résumant l'ensemble des investigations poursuivies depuis plus de vingt ans par l'auteur.

MURMURES CERVICAUX. Poursuivant ses études sur les bruits du cœur et conformément à l'étiologie qu'il leur a assignée (voy. CŒUR, *Années* 1865 et 1866), M. le docteur Parrot est conduit à considérer le mécanisme des murmures vasculaires de la région du cou comme tout à fait inorganiques et

ne dépendant pas de l'état du sang, comme on l'admet encore malgré les expériences de Poiseuille et d'autres physiologistes, montrant que le frottement est inadmissible. Ces murmures existent, en effet, chez bien des gens qui ne sont plus chloro-anémiques. C'est ainsi que chez bon nombre d'individus qui ne présentent rien d'anormal au cœur, on perçoit au cou les deux tons artériels avec un murmure intermittent et une pulsation dans les jugulaires internes.

Ces deux derniers phénomènes étant isochrones, succèdent au deuxième ton et précèdent immédiatement le premier. Ils se produisent au moment de la contraction de l'oreillette et du reflux du sang de cette cavité dans les veines, se traduisant dans la jugulaire externe par une pulsation, et dans la profonde par un bruit. D'ailleurs, il est aisé de voir que l'état de la circulation dans ce dernier vaisseau est éminemment favorable à la formation d'un murmure. Il y a, en effet, au niveau de l'embouchure de la veine, un rétrécissement par insuffisance valvulaire au delà duquel la pression est moins grande qu'au-dessous, où le sang est soumis à l'influence de l'oreillette en contraction. Il doit donc se former nécessairement une veine fluide dont la vibration engendre un murmure.

Dans un deuxième groupe de faits, tout se passe comme dans les précédents, à cette modification près, que le murmure est continu avec des redoublements. Or, une étude attentive fait voir que ce bruit peut être décomposé en deux parties : l'une, plus intense, correspond au murmure intermittent précédemment étudié ; l'autre est due à la vibration d'une veine fluide qui se forme au moment où le sang qui vient de s'accumuler dans la jugulaire interne débouche dans la veine cave, où la pression est relativement abaissée. On voit par là que, contrairement à l'opinion générale, la cause du redoublement du bruit de diable est dans la circulation veineuse et non dans celle des artères.

Le murmure continu sans redoublement ne diffère du précédent que par l'atténuation de la partie renforcée, que l'on ne peut plus distinguer de la seconde.

Dans un troisième groupe, il existe, de plus que dans le second, un murmure tricuspidien au cœur et, dans la jugulaire externe, des pulsations, dont l'une est isochrone à la systole de l'oreillette et l'autre à celle du ventricule, ce qui prouve que le sang est deux fois et successivement refoulé des cavités cardiaques dans les veines ; d'où un nouveau renforcement

qui, suivant immédiatement le premier, se confond avec lui. Il n'est donc pas nécessaire de faire intervenir la décomposition du sang. Il suffit, pour qu'il se produise des murmures cervicaux, que les valvules de la jugulaire interne soient insuffisantes, ce qui est très-fréquent, comme l'anatomie le démontre. Ils ne peuvent donc être considérés comme des phénomènes pathologiques ; on ne doit les considérer comme symptomatiques d'un état morbide que dans les cas où ils s'accompagnent d'un frémissement cataire et d'un murmure tricuspidien.

M. Peter, après des recherches à l'hôpital des Enfants sur les bruits vasculaires du cou et leur mécanisme, est arrivé aux mêmes conclusions que M. Parrot relativement à leur valeur séméiologique. Il était effectivement arrivé à conclure que ce n'était pas l'état organique du sang, mais bien celui des parois vasculaires qui présidait à la production des bruits pathologiques. Laënnec, pour expliquer les bruits de souffle qu'on entend à la région du cou chez les hypochondriaques, invoquait le spasme des vaisseaux. M. Peter s'est rallié à cette explication, qui s'accorde bien avec ce fait que, chez le même individu, on perçoit ces bruits de souffle, pour cesser de les entendre après un court intervalle. Par contre, chez des individus anémiés, en proie à des cachexies profondes, ils peuvent faire complétement défaut. (*Soc. méd. des hôp.* et *Arch. de méd.*, juin.)

N

NÉCROLOGIE. Année fatale et tristement mémorable pour le corps médical par la mort des plus grands maîtres de la science médico-chirurgicale et des membres les plus illustres et honorés de la profession : Velpeau, Rayer, Trousseau, en France, Lawrence et Goodsir, en Angleterre ; par la perte de ses plus légitimes espérances : Follin, Bouley, Foucher ; année surtout cruelle entre toutes pour nous, qui, en nous ravissant ainsi des maîtres vénérés, des amis, des condisciples, des compagnons de nos meilleures années, nous enlève encore nos plus chères affections, notre bonheur domestique, l'âme de notre foyer ! Année à jamais néfaste, fuis loin de nous.

Banon *Awly*, vice-président du collége royal des chirurgiens d'Irlande, enlevé subitement le 28 mai. Savoir et honorabilité lui avaient conquis la haute position qu'il occupait.

Black *James*, docteur de l'Université de Glasgow, membre des sociétés de Géologie de Londres, de Manchester et de Paris et de la société Royale d'Édimbourg, est mort le 30 avril, dans cette ville, où il s'était retiré après une longue carrière, très-cosmopolite et des plus laborieuses, donnant à l'étude et au travail du cabinet, tout le temps non employé à la pratique, ainsi que plusieurs travaux de médecine et de géologie en témoignent.

Blanchet, médecin et chirurgien en chef de l'Institution impériale des Sourds-Muets, officier de la Légion d'honneur, a succombé à une affection cancéreuse, à peine âgé de cinquante ans. Spécialiste, voyant beaucoup de maladies de l'oreille, il a été accusé par la voix publique de ses confrères et des faits irrécusables d'avoir inoculé la syphilis à plusieurs malades par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, avec des sondes malpropres. Accusation bien grave et qui a dû jeter une grande amertume sur ses dernières années.

Boudin *Jean-Christiern-Marc-François-Joseph*, savant et laborieux médecin militaire, mort le 9 mars, âgé de soixante ans à peine. Peu de médecins ont fourni une carrière aussi bien remplie. Malgré son service actif, il paya un large tribut à la science en mettant à profit son séjour en Algérie, aussi bien qu'en Espagne, en Morée, en Italie, recueillant partout des matériaux. Personne n'a plus fait que lui pour l'acclimatement de nos troupes en Afrique, étudiant surtout les fièvres qui y sévissent. Auteur de l'antagonisme entre ces fièvres et la phthisie pulmonaire d'une part et la fièvre typhoïde de l'autre, il fit vainement tous ses efforts pour l'ériger en loi pathologique. Mais il parvint heureusement à introduire l'emploi modifié de l'acide arsénieux contre les fièvres d'accès. Son *Essai de géographie médicale* fut suivi de son *Traité de géographie et de statistique médicales*, dans lequel se retrouvent tous ses principaux travaux dont un seul suffirait pour illustrer un homme et perpétuer son nom.

Bouley *Jean-Joseph*, médecin de l'hôpital Necker, chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 28 septembre, âgé seulement

de cinquante-quatre ans. Savant et érudit, il se complaisait dans la lecture des divers auteurs grecs, latins, anglais, allemands, italiens, hébreux, qu'il lisait dans leur texte original, et négligea toujours pour cela la pratique, la clientèle productive. C'était un esprit délicat qui se cachait et ne se révélait que dans l'intimité de quelques amis.

Breslau, célèbre professeur à Zurich, est mort le 34 décembre 1866, âgé de quarante-trois ans seulement, dans toute la vigueur et la plénitude de son talent. Comme l'un des plus savants obstétriciens du jour dans tout le monde médical, sa perte a excité et excitera partout de profonds regrets, autant pour le dommage qu'elle cause à la science, que par les circonstances qui l'ont accompagnée. Une pustule apparue sur l'index de la main droite, à la mi-octobre, et résultant d'une inoculation par l'examen d'une malade, en a été la cause fatale. Néanmoins, un mois après, la guérison semblait complète, et le célèbre professeur reprit ses travaux et les continua en bonne santé, jusqu'au 20 décembre. Un catarrhe fébrile survint alors sans l'arrêter jusqu'au 24, mais un frisson intense marqua ce jour-là l'invasion d'une pleuro-pneumonie. Le 27, l'index primitivement atteint redevint rouge, la plaie se rouvrit et l'avant-bras enfla. Une résorption purulente, démontrée par des abcès dans les poumons et la plèvre, et un vaste abcès du foie, emporta le malade. Ainsi succomba, par une suite de phénomènes rares dans l'histoire de la pyoémie, un des plus célèbres tocologistes.

Brinton *William*, distingué par ses brillants succès dans ses concours scolaires et son ascension rapide dans l'enseignement nosocomial, a succombé le 17 janvier, âgé seulement de quarante-trois ans. Docteur de l'Université de Londres en 1848, il devint membre du Collége des médecins, et fut élu, bientôt après, membre de la Société royale. Son intelligence et son activité hors ligne lui permirent ainsi d'atteindre en très-peu d'années tous les honneurs scientifiques, et de devenir un des praticiens les plus éclairés et occupés de Londres.

Buys *P.-J.*, ancien médecin de garnison, est mort à Bruxelles, âgé de soixante-quatorze ans. On lui doit l'emploi de l'acétate neutre de plomb porphyrisé, contre les granulations palpébrales.

Chanrion *Louis-Antoine-Xavier*, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Grenoble, opérateur distingué et répandu, a succombé à soixante-neuf ans. Il excellait dans le diagnostic des abcès profonds, et fit souvent oublier à cet égard les premières cliniques de Paris.

Civiale *Jean*, le célèbre promoteur de l'opération de la lithotritie, à laquelle son nom restera attaché pour l'avoir pratiquée le premier sur le vivant, est mort le 18 juin, âgé de soixante-quinze ans. Membre de l'Académie de médecine, associé de l'Institut, auquel il venait de présenter, comme son testament scientifique, la collection des calculs extraits pendant sa longue carrière, il était, on peut le dire, un des types du spécialiste. Il ne voyait et ne connaissait que sa spécialité. Sa grande renommée est due au succès de sa première tentative, sans quoi il fût peut-être resté ignoré. Moins heureux que lui, son compétiteur, Leroy-d'Étiolles, avait infiniment plus de savoir et d'originalité.

Colodron *Louis*, membre titulaire de l'Académie de médecine de Madrid, mais que son titre de secrétaire général du *monte-pio facultativo* (Mont-de-piété médical), rendait bien plus célèbre dans le corps médical espagnol, a succombé subitement, le 9 octobre, dans un âge peu avancé. Mesurée à son dévouement confraternel et aux services qu'il rendait, sa perte est presque irréparable.

Constantin *Jacques*, médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur, membre des conseils municipal et d'arrondissement de Rochefort, est mort en retraite, le 12 juillet, à soixante-dix ans Aux titres supérieurs qu'il eût pu facilement acquérir dans la hiérarchie médico-navale, en se déplaçant, il préféra les plus modestes, afin de pouvoir rester près de ses vieux parents, dans sa ville natale, et dont, par ses soins filiaux, il prolongea les jours. Culte pieux qui doit servir d'exemple aux ambitieux.

Coquerel *Jean-Charles*, chirurgien de 1re classe de la marine, directeur de l'hôpital colonial de Saint-Denis à l'île de la Réunion, y a succombé le 12 avril à un abcès du foie, conséquence de son séjour prolongé dans l'extrême Orient. Son mérite, ses travaux distingués, comme naturaliste surtout, avaient

été récompensés par la décoration de la Légion d'honneur, mais les soins, le dévouement de cette nature d'élite à sa profession, à ses fonctions, ne pouvaient l'être également, et il en est mort victime.

Cornuty *Léon*, jeune médecin savoyard, plein d'intelligence et d'avenir, qui en s'engageant pour la très-malheureuse expédition du Mexique sous le drapeau français, y trouva la mort d'un accès de vomito, le 4 mars, âgé de trente-deux ans, au moment de s'embarquer pour revenir en France où il allait recevoir le prix de son dévouement. Combien d'existences ainsi dévorées dans ce climat malsain par cette expédition inconsidérée !

Debreyne *P.-J.-C.*, entré après sa réception au doctorat au couvent de la Trappe sous le nom de père Robert et, où il professa la médecine pratique, est mort dans cette abbaye à quatre-vingt-cinq ans. Son bonheur fut de soulager et de guérir les malades riches ou pauvres des campagnes sans avoir plus de reconnaissance que d'argent à leur demander. Célèbre par la publication de nombreux ouvrages de théologie dans ses rapports avec la médecine, dont plusieurs ont obtenu un grand succès, notamment la *Thérapeutique appliquée au traitement des maladies chroniques*, qui est l'un des derniers.

Defilippi, professeur et directeur du musée zoologique de l'Université de Turin, a succombé à Hong-Kong en Chine, durant un voyage de circumnavigation qu'il accomplissait sur la frégate *Magenta*. Voyageur intrépide autant que savant zélé, il est ainsi mort au champ d'honneur. Dans une pensée de pieuse reconnaissance, les étudiants de l'Université de Turin se sont cotisés spontanément pour obtenir le buste de leur maître et le placer au lieu même où il les enseignait. Cet acte, que l'on ne saurait trop louer, mérite surtout d'être donné en exemple de nos jours où maîtres et professeurs vivent souvent dans l'isolement les uns des autres.

Deslonchamps *Eudes*, docteur en médecine et doyen honoraire de la Faculté des sciences de Caen, est mort à soixante-treize ans.

Duirs, inspecteur général des hôpitaux de la marine anglaise, est décédé le 9 juin, à la Jamaïque, alors que la fièvre jaune y sévissait avec une certaine intensité, et qu'il en soignait les victimes avec sollicitude et dévouement.

Ellis *André*, ex-président du collége royal des chirurgiens d'Irlande, chirurgien distingué de plusieurs hôpitaux de Dublin et professeur très-suivi à l'école de l'Université catholique, a succombé le 20 mai, à un âge avancé. Ses *Leçons de chirurgie* ont eu un grand succès, ainsi que divers autres travaux littéraires.

Estevenet, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Toulouse et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, bien connu de la génération d'étudiants de 1838 à 1845 comme professeur particulier de l'Ecole pratique de Paris, a succombé subitement à la fleur de l'âge dans le courant de novembre.

Faraday *Michel*, le plus savant chimiste et physicien de l'Angleterre, est mort à Hampton Court le 25 août, dans sa soixante-quatorzième année. Né d'un forgeron, il devait simplement succéder à son père, lorsque son aptitude aux sciences physiques, éveillée par les leçons de Davy, fut distinguée et développée par ce savant maître qui eut ainsi un successeur digne de lui. Ce fut, a-t-on dit, sa plus grande découverte. Comme membre de l'Académie des sciences et de médecine, officier de la Légion d'honneur et de tant d'autres titres qui le rattachent à la médecine, le nom de Faraday devait figurer ici.

Flourens *Marie-Jean-Pierre*, que ses travaux en physiologie et encore plus la manière simple et élevée qu'il employait pour les exposer et les rendre saisissables, était docteur en médecine et c'est à ce titre, aidé de ses autres qualités, qu'il dut son illustration et tous les honneurs qui jettent un si vif éclat sur son nom. Nommé membre de l'Institut ou Académie des sciences, il en devint ensuite l'un des secrétaires perpétuels, puis membre de l'Académie française. Il fut député, pair de France, grand officier de la Légion d'honneur. Une affection cérébrale annihila trop tôt toute ses belles facultés et après trois à quatre années de cette vie toute animale, il succomba au mois de décembre, à peine âgé de soixante-treize ans qui ne

devait être que l'âge mûr d'après ses idées sur la longévité humaine.

Follin *Eugène-François-Anthyme*, l'une des plus brillantes espérances de la chirurgie de l'avenir par son savoir étendu autant que par son coup d'œil profond, a succombé le 21 mai, à quarante-quatre ans. Par un labeur assidu et une intelligence d'élite, il avait, à cet âge peu avancé, conquis tous les degrés élevés de la hiérarchie médicale et il ne lui restait plus que le professorat à atteindre et auquel ses aptitudes le désignaient naturellement. Agrégé de la Faculté, il en avait déjà rempli les fonctions par un cours spécial de clinique ophthalmologique. Chirurgien de l'hôpital Cochin, président de la Société de chirurgie, il venait d'être élu membre de l'Académie de médecine quand la mort l'a surpris. Il était chevalier de la Légion d'honneur et rédacteur en chef des *Archives de médecine*, où sont publiés ses nombreux travaux. Un *Traité élémentaire de pathologie externe* qu'il laisse inachevé avait tout le succès désirable. Rien ne manquait à cet homme distingué. Jeune encore, il jouissait de tous les avantages de l'âge mûr autant par son caractère loyal, droit, son esprit sage, réservé, que par sa position et la notoriété de son nom et de ses travaux. Succès, considération, fortune, bonheur domestique, et le plus brillant avenir lui souriaient, lorsque l'inflexible mort a réduit tout à néant ! C'est un retard pour le progrès de la science, auquel Follin contribuait avec zèle.

Fontan *Jean-Pierre-Amédée*, médecin consultant des plus connus à Bagnères-de-Luchon, correspondant de l'Académie de médecine et chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 17 avril à un âge peu avancé, alors que, par sa fortune et ses travaux, il n'avait plus qu'à finir tranquillement ses jours. Chimiste, physicien, géologue, clinicien et légiste, Fontan réunissait toutes les aptitudes, et possédait toutes les connaissances qui peuvent rendre féconde l'étude des eaux minérales; il avait été élève dans le laboratoire particulier de Barruel, et interne dans le service de M. Louis. Ses nombreux travaux en hydrologie sont connus et appréciés du monde savant. C'est à ses efforts, à ses publications que la station de Luchon doit en grande partie la prospérité dont elle jouit.

Foucher *Emile*, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et chargé en cette qualité du cours d'ophthalmologie, est mort subitement le 7 octobre. Chirurgien instruit et habile, il laisse une traduction annotée et estimée du *Traité des maladies des yeux* de Wharton Jones, et un *Traité du diagnostic chirurgical*, outre plusieurs mémoires et articles de dictionnaire.

Foy *F.*, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien pharmacien en chef des hôpitaux civils de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé à Paris, le 17 avril, à l'âge de soixante-quatorze ans. Plusieurs ouvrages, et notamment son *Mémorial de thérapeutique* qui eut un vrai succès, témoignent de son savoir autant que de son labeur. C'était un esprit fin et caustique. Son honorabilité parfaitement connue et appréciée lui rendit très-amère sa mise à la retraite à propos d'un vol fait par l'un de ses subordonnés; amertume finement exprimée par une lettre adressée *post mortem* à l'*Union médicale*.

Furst, médecin à Buénos-Ayres, a succombé victime de son dévouement pour les cholériques; mais le gouvernement local, comprenant son devoir et donnant en cela l'exemple à la plupart des gouvernements européens, s'est chargé de ses funérailles et a accordé une pension de six cents francs par mois pendant dix ans aux enfants mineurs de ce médecin martyr.

Gairdner *William*, médecin périodeute, comme attaché aux plus grandes familles d'Angleterre, est le premier auteur anglais sur l'emploi de l'iode. Venu dans le sud de la France pour le rétablissement de sa santé, il est mort subitement à Avignon, en allant de Menton à Lauzanne, âgé de soixante-quatorze ans.

Goffres *Joseph-Marie*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, officier de la Légion d'honneur, agrégé de la Faculté de Montpellier et ancien professeur dans les hôpitaux militaires de Metz, Strasbourg et Paris, a succombé dans sa cinquante-neuvième année. Il n'a pu jouir ainsi de sa retraite qu'il avait cependant bien méritée par son zèle et ses longs services. Son *Précis iconographique des bandages* est l'œuvre principale de ce chirurgien distingué.

Goodsir *John-Taylor*, célèbre anatomiste de l'Université d'Edimbourg, est mort le 13 mars, à cinquante-deux ans, après avoir parcouru une brillante carrière de savant. Il fut le précurseur de Virchow et de l'école anatomique allemande, par ses observations, exposées dès 1842 dans une série de leçons et publiées ensuite, sur les diverses transformations morbides que subissent les éléments anatomiques normaux; transformations qui forment la base de la pathologie pour l'école moderne. Son nom mérite ainsi d'être placé au fronton de la nouvelle École pour témoigner que le progrès est continu, de tous les pays et de tous les temps.

Green *Horace*, chirurgien célebre de Philadelphie et de New-York, où il exerça successivement, a succombé le 29 novembre 1866 dans sa résidence de Sing-Sing sur l'Hudson, âgé de soixante-quatre ans. Après une visite en Europe en 1838, il commença une série d'investigations sur les affections du larynx, le croup et les polypes entre autres, qui rendirent son nom célèbre des deux côtés de l'Atlantique par ses idées nouvelles et originales, confirmées depuis par le laryngoscope qu'il avait ainsi devancé. Ses instruments pour le traitement topique du croup ont été l'objet d'un rapport favorable à l'Académie de médecine par M. Trousseau.

Hammick *Stephen Love*, doyen des chirurgiens anglais et des baronnets, né le 28 février 1777, est mort à Plymouth le 15 juin à quatre-vingt-dix ans. Sa première opération à l'hôpital fut exécutée en 1792, un an avant la mort de John Hunter. Après avoir été longtemps dans le service hospitalier de la marine, il vint exercer à Londres en 1829 où il devint l'ami des lords Wellesley, Grey, Morley et Holland et acquit les plus grands honneurs comme membre du Sénat, de l'Université. Il fut créé baronnet en même temps que B. Brodie : quelques préparations anatomo-pathologiques et des leçons pratiques sont tout l'héritage scientifique qu'il laisse.

Hélie *Louis-Théodore*, directeur de l'École de médecine de Nantes, et connu par divers travaux comme l'un des médecins distingués de la province, a succombé soudainement en pleine activité d'esprit et de talent à la rupture d'un anévrysme, âgé de soixante-cinq ans. La fondation du musée anatomique de son

école, enrichi par lui-même, est un titre de gloire qui doit y immortaliser son nom.

Henry *Emmanuel-Ossian*, adjoint à son père dans les travaux chimiques de l'Académie impériale de médecine de Paris, est mort à quarante ans revêtu de titres honorifiques attestant son savoir étendu, mais sans avoir pu trouver la voie qui devait lui en faire recueillir les avantages. Pharmacien de première classe et docteur en médecine, il ne put, malgré ces deux titres, obtenir une place qui lui permît de se livrer à ses goûts pour l'étude du cabinet et du laboratoire.

Hunt *Thomas*, fondateur et président de l'Université de la Louisiane où il professait la physiologie et l'anatomie pathologique, est mort le 20 mars. D'origine à demi française et ayant fait ses études à Paris, il était surtout répandu parmi la population française de la Nouvelle-Orléans. Connu et distingué dans toute la Confédération américaine comme l'un des chirurgiens les plus habiles et savants, il jetait un grand lustre sur l'enseignement de la Faculté qui lui a voté une inscription commémorative des services qu'il lui a rendus.

Jackson *James*, ancien professeur de pathologie à la Faculté de médecine de l'Université Harvard pendant vingt-quatre ans, et médecin en chef de l'hôpital général de Massachusetts, élu président à plusieurs reprises de la Société médicale de l'État, est mort à Boston, âgé de quatre-vingt-dix ans, doyen respecté et vénéré de la profession, en laissant une triple génération de médecins pour perpétuer son nom et continuer l'exemple de ses services et son habileté professionnelle.

Jaeger *Frédéric*, le célèbre oculiste allemand dont le fils a donné son nom à l'échelle typographique, est mort à Vienne à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

Jeaffreson *Henry*, médecin en chef de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, et censeur du collége des médecins, a succombé à une fièvre typhoïde contractée dans son service à l'âge de cinquante-sept ans, après avoir occupé comme consultant la première position parmi ses contemporains. Aussi sa mort a-t-elle été un deuil général. Aucune perte n'avait causé

une aussi profonde sensation, dans la société et dans les rangs de la profession, dit la *Lancet*, depuis la perte fatale de W. Baly. C'était l'un des plus dignes médecins et le plus populaire. Un tel éloge se passe de commentaires.

Jobert (*de Lamballe*), chirurgien des plus habiles et pouvant seul de ses contemporains être comparé à Roux qu'il remplaça dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, a succombé le 19 avril, à l'âge de soixante-sept ans, plus d'une année après avoir été privé de sa raison. Cette terminaison fatale d'une si brillante carrière explique la bizarrerie de caractère de cette intelligence d'élite : le désintéressement, la générosité alliée à une avarice sordide, la douceur, la bonté faisant place à la rudesse, à la brusquerie et parfois même à la grossièreté ; une familiarité habituelle remplacée par une fierté, un amour-propre excessif, et surtout une ambition démesurée qui était sa passion dominante. Tous les travers, les faiblesses de ce caractère hautain, inquiet, capricieux, ont ainsi été interprétés comme autant de ressorts de cette ambition dévorante pour mieux la satisfaire. Sa crainte puérile de la critique de la presse et une extrême sensibilité à ses éloges lui en firent toujours flatter ou redouter à l'excès les représentants. Tant que l'étude et le travail seuls alimentèrent cette belle et vigoureuse intelligence, les places et les honneurs ne lui furent pas disputés quoique fort jeune encore ; mais il n'en fut plus de même lorqu'il s'agit d'entrer à l'Académie de médecine, à la Faculté, à l'Institut, quoiqu'il eût à fournir en échange ses travaux de premier ordre sur les sutures intestinales par l'adossement de la séreuse, sur les plaies d'armes à feu, l'autoplastie, l'opération de la fistule vésico-vaginale dont il est le créateur. Esprit vif, ingénieux, il excellait dans les procédés nouveaux, les opérations nouvelles ; mais envieux et jaloux à l'excès, il ne voyait partout que des rivaux, des ennemis, et son ambition était encore inassouvie au faîte des honneurs, c'est-à-dire chirurgien de l'Empereur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc. S'il fut une des plus grandes figures chirurgicales de ce temps, c'en fut un des moindres caractères.

Kirpatrick, docteur en médecine, inspecteur en chef des Écoles d'agriculture de la Grande-Bretagne, est connu, surtout,

comme l'initiateur de cette féconde innovation. Le premier, il introduisit des leçons pratiques d'agriculture dans les Écoles élémentaires et, se dévouant à cette idée juste et féconde, il y consacra le reste de sa vie. C'est ainsi qu'elle est aujourd'hui généralement appliquée. La maladie seule le fit prendre sa retraite, et après un séjour de trois ans à Torquay, il est mort le 20 mars en voyant son œuvre couronnée de succès. Satisfaction intime qu'il est donné à bien peu d'hommes de connaître.

Lagneau *Louis-Vivant*, l'auteur estimé du *Traité des maladies syphilitiques*, qui soutenant avec raison la spécificité du virus vénérien contre la doctrine envahissante de Broussais, eut jusqu'à six éditions et des traductions en plusieurs langues, a terminé son honorable carrière le 16 décembre, âgé de quatre-vingt-six ans. Enrôlé d'abord comme chirurgien militaire, il conquit jusqu'au grade de chirurgien-major, puis rentra dans la pratique civile après 1815 et s'adonna particulièrement à l'étude et au traitement des maladies vénériennes, mais sans en faire une spécialité. Elu ensuite membre de l'Académie de médecine, ses services et la distinction le firent nommer officier de la Légion d'honneur. Un caractère et une vie pleine d'honorabilité le distinguent parmi ses contemporains.

Lawrence *William*, l'une des illustrations les plus brillantes de la chirurgie anglaise, membre distingué du Collége des chirurgiens, auquel il était associé depuis 1805, et dont il fut deux fois président, a succombé le 8 juillet, âgé de quatre-vingt-quatre ans. Quoique, par son âge avancé, cette grande figure chirurgicale fût presque déjà oubliée de la génération actuelle, elle exerça un grand prestige sur la chirurgie contemporaine anglaise par des travaux de premier ordre. Elève de prédilection d'Abernetty, contemporain d'A. Cooper, de Brodie et des autres célébrités du commencement de ce siècle, Lawrence lutta glorieusement avec ces redoutables compétiteurs. Il y a quarante ans, peu de chirurgiens avaient une réputation aussi brillante et aussi étendue. L'hôpital *S. Bartholomew*, dont il devint chirurgien en chef en 1824, où il attira un grand concours d'élèves par ses savantes leçons, fut pendant quarante ans le théâtre de ses succès. Son élocution facile, distinguée, le rendit le professeur

le plus remarquable et le plus suivi de son temps. Sa taille élevée, sa figure mâle et distinguée, son front haut et intelligent lui donnaient une expression frappante. Malheureusement, son caractère ne répondait pas à cet extérieur. Il suffit de quelques critiques menaçantes de ses *Leçons sur la physiologie, la zoologie et l'histoire naturelle de l'homme*, qui montraient ses opinions matérialistes, pour qu'il les désavouât aussitôt. La Société royale, comme les premières Sociétés savantes, nationales et étrangères, et jusqu'à l'Institut de France, se l'étaient associé. La reine Victoria, dont il était le chirurgien, avait récemment couronné sa longue carrière en l'anoblissant du titre de baronnet.

Livingstone, le hardi et infatigable explorateur de l'Afrique centrale, était médecin, comme en témoigne son beau livre sur l'*Exploration de l'Afrique australe*, traduit en français par madame Loréau. Il est tombé victime de son dévouement sur ce sol inhospitalier. Un missionnaire aussi entreprenant et persévérant se rencontrera difficilement pour le remplacer.

Macpherson, récemment élevé au choix au grade d'inspecteur général de l'armée de terre pour le service médical de l'Inde, a succombé dans cette résidence, alors qu'une ordonnance du 1er juillet le nommait président de la commission sanitaire de Madras. Intelligence, honneurs, fortune, tout s'évanouit ainsi en un clin d'œil.

Marsden *William*, bienfaiteur philanthrope par excellence, a succombé le 16 janvier à soixante-et-onze ans. Durant cette longue carrière, il ne se borna pas à l'exercice incessant de la médecine, toute sa vie fut occupée à élever des établissements pour recevoir et secourir les malades pauvres. Il fonda ainsi le *Royal Free hospital*, et celui des cancéreux, dont l'existence prospère témoigne d'une manière éclatante l'esprit de charité sincère de ce médecin distingué.

Millon de Chateauvieux *Auguste-Nicolas-Eugène*, docteur en médecine, et que ses goûts pour les sciences exactes, physico-chimiques, rendirent pharmacien militaire, a succombé le 22 octobre, âgé de cinquante-cinq ans, des suites d'une affection chronique de l'intestin grêle. Chimiste éminent, et

comme tel, professeur de chimie au Val-de-Grâce, il laisse des ouvrages, des travaux, des procédés sur cette science, qui perpétueront son nom. Ses idées politiques bien arrêtées l'empêchèrent seules d'arriver aux places, aux distinctions qu'il méritait. Longtemps il fut comme exilé en Afrique, et fut retraité avec le titre de pharmacien principal de première classe et officier de la Légion d'honneur.

Mutru *Egide*, médecin en chef des hospices de Nîmes, praticien aussi distingué par le cœur que par le savoir, est mort dans cette ville,

Ogden *Benjamin*, aliéniste très-distingué des Etats-Unis, a succombé à *Collége-Point*, le 18 juin, âgé de soixante-dix ans, après une carrière des plus laborieuses.

Panizza *Bartholomé*, célèbre anatomiste italien, par ses leçons à l'Athénée de Pavie, et ses préparations au musée de cette ville, sénateur du royaume, est mort le 13 avril, âgé de quatre-vingt-quatre ans. En le perdant, l'Italie reste veuve d'une de ses plus pures illustrations.

Pinaut, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Rennes, et président de la Société locale des médecins, a succombé à un âge avancé. Il a été inhumé au milieu d'une assistance considérable, composée des élèves qui ont voulu porter son cercueil, des sommités de la ville qui l'ont accompagné, et d'une grande partie de toutes les classes de la société ; preuve suprême et irrécusable du crédit et de l'estime générale dont il jouissait.

Propert *John*, fondateur du Collége médical de bienfaisance d'Epsom, destiné spécialement aux fils de médecins sans fortune, et dont il était le trésorier actif et zélé depuis 1853, a succombé, le 9 septembre, à l'âge de soixante-quatorze ans. Le premier, il réalisa l'idée souvent émise en Angleterre d'une telle institution, à l'aide de souscriptions, et le mérite en était d'autant plus grand, qu'elle fut due au dévouement et à l'honorabilité du fondateur. En se rappelant les difficultés de ses premières années, pour s'élever sans fortune à la position qu'il avait conquise par un travail opiniâtre, il voulut et

réussit à aplanir ces difficultés pour d'autres, et ce titre à la reconnaissance médicale est assez grand pour se passer de tout autre.

Prudente célèbre professeur de clinique médicale à Naples, sénateur du royaume, a succombé, jeune encore, à une affection cancéreuse du rectum, au mois d'avril.

Racle *Victor Alexandre*, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et médecin des hôpitaux de Paris, après avoir passé avec distinction par tous les grades inférieurs, est mort à quarante-sept ans, sans laisser de quoi pourvoir aux frais de ses obsèques. Atteint de névralgies atroces, il s'était livré à l'alcoolisme, comme calmant. Toutefois, la direction de l'Assistance publique sera responsable d'avoir refusé un lit à celui qui avait rendu tant de services gratuits à ses malades durant plus de vingt-cinq ans. Il laisse un bon *Traité des maladies du cœur*; un *Traité de diagnostic médical*; et une excellente *Thèse* sur la fatale maladie qui l'a enlevé à la science, qu'il cultivait avec passion et une grande distinction.

Rayer *Pierre-François-Olive*, a succombé le 10 septembre à une apoplexie cérébrale, âgé de soixante-quatorze ans. Esprit vif et pénétrant, il contribua à tous les grands progrès de son temps. Son *Traité des maladies de la peau et des reins*, et plus tard ses travaux en anatomie comparée en sont la preuve. Il fut le promoteur de la biologie en France en fondant la Société de ce nom, et couronna sa belle carrière en se plaçant à la tête de l'Association générale des médecins de France, qui sera son plus beau titre de gloire dans la postérité, si les médecins savent tirer de ce moyen d'union, d'entente et d'action, toutes les ressources qu'il comporte pour leur amélioration professionnelle.

Il devint successivement ainsi un des médecins les plus distingués des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, grand officier de la Légion d'honneur. Praticien des plus répandus et des plus consultés de Paris, dans la société la plus riche et la plus distinguée, il devint médecin consultant du roi Louis-Philippe et ensuite médecin ordinaire de l'empereur Napoléon. Comme tel, il fut placé à la tête de la Faculté de médecine de Paris, en qualité de doyen :

mais il résigna bientôt ces fonctions devant l'hostilité générale, et consacra l'activité de ses dernières années à ses deux œuvres de prédilection : l'Association générale et la Société de biologie dont il était président. Il mourut ainsi comblé de fortune, de dignités et d'honneurs.

Réunissant tous les dons extérieurs qui font le succès, M. Rayer était doué en outre d'une grande initiative et d'une conception des plus rapides qui lui permettait de saisir du premier coup d'œil le diagnostic, la gravité d'une maladie, comme d'embrasser au premier mot tout l'avenir d'un plan, d'un projet, d'une idée. Aussi n'examinait-il que très-superficiellement les malades et les questions. Malgré une activité dévorante, il n'eût jamais suffi à remplir seul ses occupations multiples. C'est par le concours d'élèves et de médecins qu'il savait s'attacher et associer à ses idées qu'il se plaça à la tête de la science et de la profession. Comme le général, il donnait le mot d'ordre pour faire exécuter par d'autres et en détail des travaux qui profitaient à sa réputation. De là, le succès complet, immense de cette importante figure médicale. Aussi ses obsèques furent celles d'un prince de la science.

Ruete *C. G. Th.* conseiller privé et professeur d'ophthalmologie à l'Université de Leipzig où il remplit les fonctions de recteur pendant l'année académique 1863-64, a succombé le 23 juin âgé seulement de cinquante-six ans. Sa vie médicale entière fut consacrée à l'ophthalmologie, et l'on compte jusqu'à trente-cinq ouvrages qu'il lui consacra. Il fonda à ses frais une clinique privée où beaucoup d'étudiants se formèrent. Ce zèle lui acquit bientôt une place distinguée, et mérite de le ranger parmi les premiers ophthalmologistes allemands.

Scoresby-Jakeson, climatologiste distingué par différents travaux et dont la *Medical climatology* est devenue classique dans toute la Grande-Bretagne par sa valeur. Reçu docteur à l'Université d'Édimbourg, après avoir étudié à Londres et à Paris, il devint professeur de matière médicale et de thérapeutique, membre de la Société royale et de plusieurs autres compagnies savantes qui se l'étaient associé pour ses vastes connaissances en histoire naturelle et son activité. Enlevé le 1er février au milieu de sa carrière par le *typhus fever* contracté à l'infirmerie royale dont il était le médecin.

De Siebold, auteur de nombreux travaux de médecine et scientifiques, notamment d'histoire naturelle et d'ethnographie sur le Japon, est mort à soixante-dix ans à Wursbourg en laissant un nom célèbre, surtout en Hollande sa patrie d'adoption.

Simon *Léon-François-Adolphe* s'est rendu célèbre en adoptant la médecine homœopathique en même temps qu'il y trouva la fortune. De convictions plus ardentes que profondes, il fut tour à tour zélé phalanstérien, puis saint-simonien (sans doute à cause de la synonymie de son nom) et finit en fervent catholique romain. De même qu'il avait embrassé avec ardeur la médecine traditionnelle, il se distingua par des cours et des consultations gratuites sur la doctrine d'Hannemahn qui lui donnèrent vogue et célébrité. Il est mort à soixante-neuf ans.

Sutherland *Alexandre*, savant aliéniste, émule de Conolly, a succombé lui-même à une affection cérébrale à l'âge de cinquante-cinq ans, le 31 janvier. Médecin de *S. Luke's hospital* pendant quinze ans, il se livra ensuite à la pratique avec un rare succès. Son titre de membre de la Société royale de Londres témoigne de son mérite exceptionnel, que ses nombreuses occupations publiques et privées l'ont empêché de consacrer par des travaux littéraires.

Triquet, médecin spécialiste de Paris, adonné au traitement des maladies de l'oreille, et que plusieurs publications sur cette spécialité recommandaient, est mort à Pau à quarante-trois ans.

Trousseau *Armand*, le professeur éloquent, original, persuasif et entraînant par la clarté et la précision de son enseignement, soit dans la chaire de thérapeutique à la Faculté, soit comme clinicien à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu ; Trousseau, le hardi novateur, le vulgarisateur de la trachéotomie et de la thoracocentèse ; Trousseau, le maître incomparable, n'est plus ! Un cancer gastrique, dont il a mesuré douloureusement les progrès et les ravages, l'a emporté à l'âge de soixante-six ans, âge auquel ses deux célèbres maîtres Bretonneau et Récamier jouissaient encore de tout leur prestige. Ses puissantes facultés lui firent gravir rapidement tous les degrés de la hiérarchie médi-

cale, et, arrivé à l'âge mûr, il en recueillit les fruits à pleines mains dans les honneurs, les distinctions et la fortune. Professeur, académicien, député, commandeur de la Légion d'honneur, il n'avait plus qu'à jouir en paix de tous ces biens lorsque la mort est venue l'enlever soudainement. Mais son *Traité de thérapeutique* et sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu* sont des monuments impérissables, et le buste que des mains pieuses se sont chargées de lui élever par souscription, consacrera, nous l'espérons, toute la reconnaissance que lui ont vouée ses nombreux élèves et ses admirateurs.

Velpeau *Alfred-Armand-Louis-Marie*, la plus grande figure chirurgicale française depuis Dupuytren, a succombé le 24 août à soixante-douze ans, entouré d'une auréole de gloire universelle et de la vénération générale autant pour ses talents que pour ses vertus. Fils d'un simple maréchal ferrant, sans fortune ni instruction, il arriva successivement, par la seule force de sa volonté, un travail incessant et une intelligence d'élite, aux plus hauts degrés de la hiérarchie médicale : professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et comme tel à la tête de la plus grande et de la plus riche pratique civile, membre des Académies de médecine et des sciences, commandeur de la Légion d'honneur. Après avoir conquis tous ses grades aux concours qui furent autant de brillantes victoires, il forma, à cet enseignement unique par sa simplicité, la méthode et la clarté de l'hôpital de la Charité, illustré par Boyer, et qui dura trente-sept ans, plusieurs générations d'élèves qui portèrent son nom et le sceau de sa pratique aux quatre coins du monde. Des publications nombreuses et classiques resteront comme des monuments impérissables de sa mémoire pour les générations futures, notamment son *Traité des maladies du sein*. Aucune question nouvelle, aucune opération, méthode ou procédé n'apparaissait sans qu'il s'en emparât aussitôt pour l'éclairer, la juger en la soumettant au contrôle. La lithotritie, l'anesthésie, la micrographie, la strabotomie et l'orthopédie lui doivent ainsi beaucoup. Nul plus que Velpeau n'offre ce magnifique exemple d'une vie de travail et d'indépendance couronnée par l'élévation, la fortune et la gloire et une renommée universelle et sans tache. Honneur à ce maître vénéré.

Warren *John Mason*, dernier rejeton d'une illustre génération

de chirurgiens du Massachusetts, est mort à Boston le 28 août à cinquante-six ans. Chirurgien distingué de l'hôpital général de cette ville, ce fut lui qui, en cette qualité, employa le premier, sur la demande de Morton et à titre d'essai sans connaître le secret du liquide, l'éther sulfurique en inhalations anesthésiques le 16 octobre 1846 pour l'excision par la ligature d'une tumeur érectile de la face chez un homme. L'insensibilité n'ayant pas été complète, il chargea son collègue le docteur Hayward de répéter cet essai le lendemain pour l'excision d'une tumeur graisseuse de l'épaule sur une femme et l'anesthésie fut complète. Il est aussi l'inventeur de l'urano-plastie comme il résulte de ses dernières *Surgical observations with cases and operations*, un vol. in-8° de 632 pages, Boston, 1867. Il avait conquis une clientèle ou plutôt une *practice* des plus étendues et des mieux choisies. Sa parfaite honorabilité et son aménité en faisaient l'honneur de la profession

Weber *Karl Otto*, l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine de Heidelberg, est mort victime de son dévouement en entraînant deux de ses élèves à sa suite. Ayant aspiré le sang par l'ouverture d'une trachéotomie qu'il venait de pratiquer pour sauver l'enfant qui s'asphyxiait, il fut bientôt atteint lui-même, et succomba ainsi que ses deux imitateurs. Nouveaux martyrs dont les noms devraient être inscrits en lettres d'or au grand livre de l'humanité.

Willemin, médecin cantonal pendant trente-cinq ans dans le Bas-Rhin, était le type du médecin des pauvres par son dévouement, sa douceur et son zèle infatigable. Doué de grandes qualités de praticien, il obtint la confiance générale et fut récompensé de ses succès par la décoration nationale et le titre de membre du conseil de salubrité. Il est mort à un âge avancé, à Strasbourg, en laissant un fils qui honore son nom et continue sa tradition.

NÉCROSE. Un érysipèle phlegmoneux ayant débuté à la paupière inférieure droite et envahi successivement tout le cuir chevelu, chez un célèbre peintre italien âgé de quarante-trois ans, il en résulta un vaste abcès de toute la région frontale, avec dénudation et mortification consécutive de l'os sous-jacent et même de quelques parties des pariétaux. Soupçonnant une origine sy-

philitique, des médecins le soumirent infructueusement à un traitement mercuriel, puis à l'iodure de potassium, au guaco, etc., lorsque le docteur Bottini, appelé en consultation, au mois d'août 1866, quatre ans après le début des accidents, trouva le malade dans un état d'émaciation considérable, teint jaune, fièvre vespérine, insomnie, douleurs sus-orbitaires continues, saillie considérable du front comme dans l'hydrocéphalie ; sept ouvertures fistuleuses s'y observent au fond desquelles on aperçoit l'os nécrosé, rugueux et brunâtre. Un pus abondant et très-fétide en sort continuellement. Le cartilage tarse de la paupière supérieure gauche est luxé et adhérent au sourcil sans que l'œil en souffre ; les téguments sont épaissis comme dans l'éléphantiasis.

Des injections d'eau phéniquée comme désinfectant ne réussissant ni à diminuer ni à désinfecter le pus, et la plus grande partie de l'os étant mobile, M. Bottini, assisté des docteurs Bardeaux et Martelli, procéda à son extraction, le 2 octobre, de la manière suivante :

Une incision verticale partant de la racine du nez à la suture sagittale en évitant les nerfs et les vaisseaux principaux, descendit ensuite au pavillon de l'oreille gauche de manière à former un lambeau triangulaire qui fut disséqué et renversé sur sa base. La moitié du frontal mise ainsi à découvert était entière, sans perforation ni ouverture permettant de soulever la table nécrosée avec un levier. Des tentatives à cet effet, avec la scie à crête de coq, ébranlant l'os en entier, il fallut pénétrer de force directement sur la suture fronto-nasale, comme le point le moins dangereux. Il surgit alors subitement de cette ouverture, et comme par une pulsation rhythmique, une matière gris roussâtre, d'une fétidité insupportable, ressemblant à la substance cérébrale, mais qui n'était que du pus concret avec des fragments organiques en décomposition. La plaque osseuse fut dès lors solidement saisie avec la pince de Liston et enlevée d'un seul coup en la soulevant de haut en bas. Des injections détersives d'eau phéniquée furent faites dans le fond purulent de la caverne formé par la dure-mère, et le lambeau remis en place fut soutenu par des bandelettes afin de laisser une voie libre à l'extraction de l'autre moitié de l'os.

Ce fut en vain que, quatre jours après, M. Bottini tenta cette extraction en masse ; il fallut y recourir par fragments à mesure que la suppuration en facilitait le détachement, ce qui dura

environ six semaines. Pendant ce temps, l'appétit et le sommeil reparurent, la santé générale se rétablit, et, le 2 décembre suivant, l'opéré était parfaitement guéri. On sent sur le front un tissu ferme, compacte, résistant, comme cartilagineux, supportant parfaitement le chapeau fait exprès. (*Annali univ. di med.*, juin.)

Voici un second fait qui montre jusqu'où peut s'élever la résistance organique, et comment il est permis d'espérer dans les cas les plus effrayants. Une femme de soixante-dix ans était sujette à des attaques d'épilepsie, depuis dix ans, survenues à la suite d'une chute faite d'une grande hauteur. Sa santé, avant cette époque, était excellente. Au jour de l'an 1865, elle est tombée dans un feu de charbon ; personne ne se trouvant dans l'appartement, elle n'a été retirée qu'un certain temps après par sa fille, qui l'a trouvée la tête dans la braise. On l'a crue morte, et la figure, ainsi que le crâne, paraissaient entièrement carbonisés. Les paupières, les joues, les oreilles, la langue même, qui était pendante, étaient noires et sèches. Les dents étaient tombées, noires également. Le pouls était imperceptible, la respiration à peine marquée, parfois légèrement stertoreuse. Le sixième jour, quelques mouvements se sont manifestés, et la sensibilité s'est réveillée peu à peu. Vers le douzième jour, la paralysie de la vessie et du rectum a cessé. Bientôt la malade a pu avaler du lait. Le dix-huitième jour, les eschares ont commencé à se détacher ; les paupières, d'abord, puis les globes des yeux sont tombés. A partir de ce moment, la suppuration est devenue considérable, mais l'état général s'est amélioré, et, sauf les désordres locaux, l'amélioration a toujours été croissante. 7 mai : les os propres du nez, l'os planum de l'ethmoïde, se sont détachés. 23 juin : la table externe de tout le frontal, y compris les arcades orbitaires ainsi que l'épine nasale, s'est également détachée. Dès lors la santé générale est devenue très-bonne, et cette femme s'est trouvée radicalement guérie des attaques d'épilepsie auxquelles elle était sujette avant son accident. Elle a succombé, à la suite d'une affection pulmonaire, le 24 mars de l'année suivante, c'est-à-dire près de quinze mois après sa brûlure. (*Cosmos.*)

Nécrose phosphorique. *De la périostite et de la nécrose phosphorique*, par B. Haltenoff. Zurich 1866. Résumé de la pratique du professeur Billroth sur ce sujet, ce travail comprend

24 observations recueillies de 1860 à 1866 à l'hôpital de Zurich. 7 fois la nécrose atteignait le maxillaire supérieur, le résultat a été médiocre dans 2 cas par l'emploi de l'iode et l'extraction des dents, tandis que l'extraction ou la résection partielle ou totale de l'os, employée dans les 22 autres, a donné les résultats suivants :

Régénération	très-bonne.........	10 fois.
—	satisfaisante........	4
—	médiocre..........	6
—	défectueuse.........	2

La résection totale du maxillaire supérieur, pratiquée 5 fois, a donné une régénération très-bonne. Pratiquée pour une nécrose totale des maxillaires supérieurs, elle fut suivie de la mort de l'opéré dans un cas, mais dans 2 autres on obtint, après l'extraction des séquestres, la régénération de la voûte palatine. Ce sont donc là des arguments convaincants en faveur de l'intervention chirurgicale.

NÉPHRITE. Néphrite parenchymateuse. *Iodure de potassium.* Tel est le remède vanté par M. le professeur Crocq dans les deux premières périodes de congestion et d'exsudation de cette forme spéciale, car il est naturellement impuissant lorsque ses progrès ont amené la transformation graisseuse ou fibreuse. Toute son efficacité gît dans la dose. 2 à 3 grammes par jour sont nécessaires au début en augmentant d'un gramme tous les deux ou trois jours jusqu'à 10, 15 et même 20 grammes, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'amélioration se manifeste, signe qu'il faut s'arrêter dans la progression des doses. Une tolérance extrême de l'organisme existe donc dans ce cas. Jamais il n'a observé d'accident toxique, d'amaigrissement, ni d'iodisme. (*Congrès internat.*)

NERFS. *Section du nerf médian.* Par une exception à la loi physiologique qui abolit la sensibilité de toutes les parties mues par un nerf au-dessous de sa division, celui-ci peut être complétement divisé sans que les parties de la main qu'il innerve cessent d'être sensibles. C'est du moins ce qui résulte incontestablement du fait observé à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Richet, chez une femme de vingt-quatre ans, entrée le 23 octobre et couchée

salle Saint-Maurice, n° 13. En tombant les mains en avant sur des feuilles de cuivre tranchantes, à cartouches, elle venait de se faire une plaie profonde à la partie antéro-inférieure de l'avant-bras droit, à 3 centimètres au-dessus du pli radio-carpien, longue de 6 centimètres. Les lèvres mâchées et relevées par la rétraction des tendons divisés, laissaient un intervalle de deux travers de doigt entre elles. Du sang s'écoulant en abondance, l'interne pratiqua la ligature d'une artère qui fut reconnue être le bout inférieur de la radiale.

A l'examen du professeur de clinique, le lendemain, un caillot considérable masque la plaie. Enlevé, on distingue le bout supérieur de l'artère radiale effilé comme un tube de verre à lampe, oblitéré par un caillot solide, battant à chaque pulsation du cœur et ne donnant pas une goutte de sang. On le lia néanmoins pour plus de sûreté. Les deux tendons du petit et du grand palmaire étaient coupés ainsi que ceux du fléchisseur sublime. Un petit moignon existant sur la lèvre inférieure ayant été saisi avec les pinces comme un autre tendon, la malade jeta un cri et le renouvela bien plus aigu lorsqu'on en réséqua un fragment. Un filet de sang très-mince jaillissant après cette excision expliqua la douleur extrême qu'elle avait provoquée. C'était l'artère centrale du nerf médian qui fournissait ce sang, ce que la portion réséquée contenant des tubes nerveux confirma.

Il fallait découvrir le bout supérieur. On l'aperçut retourné sur lui-même, tiré en haut par les tendons rétractés et effilés comme l'était l'artère radiale. On ne pouvait le toucher même égèrement sans déterminer des soubresauts très-douloureux.

Afin de prouver aux assistants que ce nerf était bien divisé, M. Richet touche le pouce et, à sa grande surprise, l'attouchement est senti par la malade ainsi qu'à l'index, le médius et la partie interne de l'annulaire. Pour éviter toute erreur, la main de la blessée fut posée sur celle du chirurgien pour que chaque doigt fût soutenu et qu'il n'y eût pas le moindre ébranlement perçu par la face dorsale qui reçoit les rameaux du cubital et du radial.

Après la réunion des deux bouts du tendon du grand palmaire, le nerf médian fut lié par un simple fil de soie en ayant soin de comprendre seulement le névrilème dans l'anse de ce fil qui fut passé sur la face postérieure du nerf, ce qui nécessita le renversement des deux bouts et ce qui n'eût pas été possible si la section n'eût pas été complète.

La sensibilité de toutes les parties de la main fut constatée, le jour même, par MM. les professeurs Pajot et Denonvilliers et M. Duchenne (de Boulogne) constata par l'électrisation que les muscles de l'éminence thénar étaient paralysés, tandis que ceux de l'éminence hypothénar répondaient bien aux excitations de l'appareil d'induction.

Comment donc expliquer cette conservation de la sensibilité? On a supposé à tort que le palmaire cutané avait été conservé ; il avait été compris dans la section. M. le professeur Michel, témoin de la conservation de la sensibilité, a supposé qu'il pouvait y avoir des anastomoses ailleurs qu'au niveau du plexus. C'est une hypothèse. On a aussi parlé d'anomalie dans le trajet du nerf médian. Qui en a jamais vu?

Suivant M. Richet, elle s'explique dans le bout périphérique par les *nervi nervorum* découverts tout récemment par M. Sappey. Le cubital, s'anastomosant dans la paume de la main avec le médian en rend compte. Mais ils ne suffisent pas à expliquer la sensibilité tactile mise hors de doute. C'est que la main, dit le professeur, est un organe des sens, du tact et qu'il y a là des dispositions anatomiques particulières bien remarquables. La circulation artérielle y est plus active qu'ailleurs et M. Cruveilhier a signalé depuis longtemps de nombreuses anastomoses entre le cubital et le radial. On les voit à l'œil nu et le microscope a montré d'innombrables anastomoses entre les filets terminaux des trois nerfs de la main. M. Robin a fait voir que deux filets se réunissent à leur extrémité pour former une anse complète de laquelle partent d'autres filets plus fins se rendant dans les corpuscules du tact, donc chacun est ainsi animé par des anastomoses du cubital et du radial avec le médian. Dès lors, plus d'embarras, les choses s'expliquent d'elles-mêmes. Que l'un ou l'autre de ces nerfs soit coupé, la sensibilité s'exerce par celui ou ceux qui sont restés intacts et les corpuscules du tact, encore suffisamment pourvus de nerfs, répondent aux excitations extérieures.

Ainsi s'expliquerait le fait controversé de M. Laugier, où la sensibilité se manifesta le jour même de la réunion (voy. *Année* 1864). Probablement, il ne l'a attribuée à la réunion que pour ne pas l'avoir constatée auparavant. De même dans les deux cas de M. Nélaton. L'illustre chirurgien a constaté que la sensibilité était conservée après la section du nerf et avant sa cicatrisation. S'il ne l'a pas dit, c'est qu'il en a été très-étonné et

qu'il a craint les critiques acerbes des physiologistes, car c'est là un fait considérable et révolutionnaire. (*Union méd.*, n[os] 136 et 147.)

NÉVRALGIES. *Anesthésie locale.* Ce n'est plus seulement en chirurgie que l'ingénieux instrument du docteur Richardson est mis à contribution, il s'applique jusqu'au diagnostic des affections médicales. Une femme de quarante ans souffrait depuis quelque temps d'une douleur de la main et de l'avant-bras droit rebelle à plusieurs moyens employés. Les symptômes étaient ceux d'une névralgie du nerf cubital avec contraction des doigts correspondants, battements locaux et sensibilité. On percevait un léger gonflement douloureux sur le trajet supérieur du nerf, qui à la pression produisait des fourmillements de la main.

Cette affection semblait d'autant plus locale qu'elle avait été précédée, onze ans auparavant, d'un rhumatisme intense du coude. Mais un diagnostic contraire ayant déjà été porté, le docteur Haward recourut à l'*éther-Spray* pour juger le différend.

Le jet d'éther pulvérisé diminua instantanément la douleur, et la contraction des doigts cessa. Bien plus, le soulagement consécutif fut tel que la malade put dormir les nuits suivantes. Dès lors, la nature de l'affection était jugée, et ce moyen de diagnostic eut le double avantage de servir aussi au traitement. (*Med. Times*, janvier.)

Du reste, la pulvérisation en douches capillaires avait déjà montré son efficacité dans les hôpitaux de Paris, contre des névralgies rebelles, comme on le trouve consigné dans le *Dictionnaire* de 1865.

Des expériences faites par M. Horand témoignent pourtant qu'elles ne sont que simplement palliatives. Une névralgie uréthrale en était calmée immédiatement, mais pour revenir bientôt, céder de nouveau, et reparaître de même après des essais répétés. De même d'une gastralgie amenant des vomissements alimentaires. La pulvérisation de l'éther sur la région épigastrique, une heure avant le repas, permettait à la malade d'en garder la plus grande partie; mais dès qu'on en cessait l'usage ou qu'on la pratiquait à un plus grand intervalle des repas, les vomissements reprenaient toute leur intensité. Elle n'a donc qu'une vertu sédative, anesthésique toute locale. (*Journ. de méd. de Lyon*, juin.)

Électricité. Au lieu d'une faradisation plus ou moins énergique de la peau au niveau du nerf malade, et qui semble agir simplement ainsi par révulsion, c'est sur une modification imprimée aux courants nerveux que le docteur Onimus compte pour en obtenir une action anesthésique. Il emploie à cet effet l'électricité à jet continu sur les nerfs sensitifs, et dans une direction inverse à celle du courant nerveux, c'est-à-dire de la périphérie vers le centre. Il y a, au contraire, hyperesthésie, si on le dirige dans le sens contraire. Employer des courants très-faibles, placer l'électrode positif au-dessus du négatif, et se servir de préférence de l'appareil Remak, telles sont les conditions pour obtenir cet effet anesthésique.

Névralgies du crâne. *Trépanation*. Toutes les branches de la cinquième paire étaient le siége de douleurs intermittentes, à paroxysmes fort rapprochés, augmentant à la pression, avec gonflement des tempes et au niveau de l'angle inférieur du maxillaire chez une dame de cinquante ans, qui souffrait ainsi depuis huit ans sans autre cause appréciable qu'une fracture à l'union du frontal et du pariétal droit, produite vingt-cinq ans auparavant, et qui avait laissé une dépression très-marquée de la boîte osseuse. Le docteur Gilmore de Mobile, pratiqua la trépanation, et après avoir pénétré à une profondeur d'un pouce environ dans une masse osseuse, et enlevé la couronne, il vit sur le bord un sillon indiquant l'épaisseur normale du crâne. C'était une exostose interne. La guérison fut immédiate. (*British. med. Journ.*, mai.) Il est probable qu'il y avait là compression du nerf compris dans l'exostose; on l'a observé dans le cas de certaines névralgies, où la section du nerf a fait cesser la douleur, de même que la névrotomie réussit dans les névralgies du moignon. (Voy. *Année* 1864.)

Névralgies faciales; **migraine**. L'insuccès du quinquina et des vésicatoires ayant conduit M. le docteur Bertrand, médecin major, à employer la vératrine, il a obtenu la guérison dans huit cas qu'il rapporte avec la pommade suivante :

℞ Vératrine	30	centigr.
Chlorhydrate ou sulfate de morphine	20	—
Axonge fraîche ou glycérolé d'amidon	30	grammes.

Mêlez.

En frictions locales au moment des paroxysmes ; deux à trois suffisent. (*Rev. de méd. et de chir. milit.*)

Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs, par J.-B.-A. Mougeot, 152 p. in-8°. Réunion de tous les matériaux épars sur cette question, liés par une discussion savante et hardie des diverses théories proposées pour expliquer ces phénomènes.

NÉVROSES. **Névrose sympathique oculaire**. *Section des nerfs ciliaires*. Au lieu de l'énucléation de l'œil dans cette forme, la moins grave de l'ophthalmie sympathique. M. le docteur Meyer, adoptant l'opinion que les nerf ciliaires sont les principaux agents de l'action pathogénique ou plutôt réflexe, dit M. Dolbeau, d'un œil sur l'autre, en a pratiqué la section avec succès dans deux cas, une fois après une brûlure par de la chaux, et après une blessure avec des ciseaux de la cornée et l'iris, à la région ciliaire. Dans les deux cas, la sensibilité de la région ciliaire avait complétement disparu au toucher, après l'opération.

Le procédé employé consiste à soulever un pli de la conjonctive dans la région douloureuse près du bord de la cornée, exactement comme pour le strabisme. Incisée, on fait pénétrer la pointe de ciseaux mousses entre la conjonctive et la sclérotique, pour débrider, dans l'étendue et la direction voulues, le tissu cellulaire *unissant*. Un crochet à strabisme est alors introduit sous le muscle droit le plus près de l'incision, pour fixer l'œil et déterminer son insertion tendineuse à ménager. Ce crochet, étant tenu de la main gauche, on ponctionne la sclérotique dans la région ciliaire obliquement à sa surface, avec le couteau étroit de M. de Graëfe, de manière à éviter le cristallin. La contre-ponction a lieu de telle sorte, que la section terminée donne une plaie linéaire parallèle au bord de la cornée, et dans laquelle le corps vitré se présente immédiatement. Le crochet est retiré avec précaution, et la conjonctive ramenée vers la cornée sans que la suture en soit nécessaire, bien que les lèvres puissent être plusieurs jours sans le réunir. La réaction est très-modérée, et ne demande que le repos, des injections hypodermiques à la tempe en cas d'insomnie ou de douleurs violentes, et le bandage compressif. (*Annal. d'oculist.*, octobre.)

NOURRISSONS. Après avoir relaté les proportions énormes de la mortalité qui les atteint, et tous les déplorables et criminels abus dont ils sont l'objet d'après l'enquête établie devant l'Académie de médecine, — Voy. *année* 1866, — il nous reste à signaler les moyens proposés pour les prévenir, et et en atténuer les tristes et dangereux effets.

Pour M. Brochard, la suppression des bureaux particuliers où se rendent les nourrices devait couper court au mal. Si la mortalité des nourrissons de ces femmes était supérieure, comme il l'a dit, à celle des nourrissons du grand bureau Sainte-Appolline, on pourrait faire ce sacrifice nécessaire à des droits acquis et à la liberté particulière, mais M. Broca a montré le contraire par des chiffres officiels.

Au lieu de 651 nourrissons placés par le grand bureau en 1858 à 59, les chiffres officiels n'en accusent que 500 avec une mortalité de 175 au lieu de 113, ce qui élève la proportion de mortalité à 35 p. 100, au lieu de 17,35.

Quant aux petits bureaux, l'administration n'en retrouve que 937, au lieu des 1778 de M. Brochard, qui a oublié de distraire de ce nombre 847 enfants placés clandestinement, lesquels ont donné 405 morts, soit 48,17 p. 100, tandis que la mortalité de 191 sur les 937 des petits bureaux, ne donne qu'une proportion de 20,38 p. 100, la plus faible en raison même de l'aisance relative des familles. Voilà la vérité.

Ce remède violent, radical, ne remédierait donc à rien. Plus simple et plus pratique était la réglementation proposée par M. Monot (voy. *Année* 1866). Mais M. Husson, directeur de l'Assistance publique, est opposé à cette réglementation à outrance, et pour ne pas rester à rien faire, il propose tout simplement de signaler le mal à l'autorité, et d'abandonner à sa sagesse l'étude et la pratique des moyens propres à y remédier.

M. Robinet est à peu près du même avis, ainsi que M. Devergie, qui veulent surtout respecter la liberté humaine et celle des transactions. Comment intervenir dans cette question, quelles pénalités édicter, quelle sanction leur donner, sans attenter à la liberté personnelle? Augmenter les honoraires des médecins inspecteurs des nourrissons, lui semble le premier devoir, pour obtenir de ces précieux coopérateurs tout le zèle et l'aide indispensables sur ce sujet.

Deux principales causes sont attribuées par M. J. Guérin à

cette mortalité extrême des nourrissons : la nourriture prématurée qu'il ne faut pas confondre avec l'allaitement artificiel, préférable au lait de certaines nourrices, tandis que les bouillies, soupes, panades, sont constamment fatales, et amènent le carreau et le rachitisme, quand elles ne produisent pas immédiatement la mort. La seconde est du fait de certaines nourrices, bien connues dans leurs communes, pour avoir constamment des nourrissons qui ne font que paraître et disparaître chez elles. A peine y sont-ils arrivés, qu'ils succombent. Or, ces enfants appartiennent toujours à des filles qui, ne pouvant s'en débarrasser à l'état embryonnaire ou fœtal, trouvent, dans cette industrie abominable des nourrices *infanticides*, un moyen de le faire sans se compromettre. C'est ainsi que dans Eure-et-Loir, la mortalité des enfants légitimes est de 25 p. 100, tandis que celle des illégitimes s'élève à 95. Dans l'Yonne, de 22 p. 100 pour les premiers, et de 85 pour les seconds.

Dans le premier cas, c'est l'alimentation prématurée qui tue ; dans le second, le défaut même d'alimentation. Cet infanticide des nourrices a lieu par inanition. Les indications pour remédier à ce mal sont donc précises. Surveillance obligatoire et simultanée par le médecin et l'administration de tous les nourrissons et constatation régulière des décès. L'infanticide occulte, prémédité, sera ainsi découvert et pourra être puni, réprimé. Quant à l'infanticide involontaire, des avis hygiéniques ne suffiront pas à l'empêcher ; il faut agir sur le devoir et l'intérêt des nourrices par des prix annuels de 1000 à 2000 fr. pour réformer et purifier leur industrie. Une liberté surveillée pour tous, une pénalité sévère contre les coupables, des secours et des conseils pour les nourrices et des primes pour les nourrissons, sont, en résumé, les mesures proposées par M. Guérin. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Mortalité. Sur 1216 nourrissons placés par l'administration du bureau municipal de Sainte-Apolline, surveillés et traités par M. le docteur Roché de 1844 à 1866, la mortalité n'a été que de 314, soit un peu plus de 26 pour 100, proportion inférieure à celle de 29 à 55 pour 100, résultant des statistiques officielles (voy. Mortalité. *Année* 1866). Le tableau du genre de mort montre que la faiblesse native d'enfants nés avant terme, la syphilis congénitale et surtout les maladies des voies

digestives en enlèvent la majorité. Le sevrage prématuré ou une nourriture mauvaise, aussi bien que les grandes chaleurs, paraissent les causes les plus fréquentes de ces affections intestinales. Le tableau de la mortalité suivant l'âge, accusant 210 décès sur les 314 avant six mois et 132 avant trois mois, il faut reconnaître, en effet, que c'est bien intempestivement que le sevrage a lieu ou que la nourriture est donnée à ces enfants (*Gaz. des hôpit.*, n° 143, 1866). Mais on sait que pour les nourrissons les mieux traités sous ce rapport, la mortalité est toujours plus considérable dans les premiers mois ; ces conditions ne sont donc pas les seules et la preuve en est dans la mortalité considérable des maladies des voies respiratoires. Il y a donc aussi bien dans les petites statistiques que dans les grandes une inconnue à dégager et qui ne doit être nullement attribuée à la nourrice.

L'influence funeste des nourrices mercenaires, sur la mortalité des enfants pendant la première année, résulte avec évidence de la statistique comparée qu'en a dressée M. Broca pour les années 1861 à 1864 inclusivement. De 17,6 pour 100 pour la France entière, cette mortalité a même descendu à 11,18 dans la Creuse et 13,09 dans la Manche en s'élevant à 21,55 dans Vaucluse et 22,68 dans les Basses-Pyrénées ; tandis que dans les six départements environnant Paris et qui reçoivent plus de la moitié de ses nourrissons, cette proportion s'élève à :

22,72 dans le Loiret.
29,52 dans l'Eure-et-Loir.
20,80 dans le Loir-et-Cher.
24,96 dans l'Yonne.
19,68 dans la Sarthe.
23,36 dans la Marne.

Si donc cette mortalité descend à 11 pour 100 et même 10 pour les enfants légitimes dans la Creuse, il est évident qu'il y a des conditions d'hygiène et d'alimentation qui peuvent réduire à ce taux la mortalité des enfants pendant la première année. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Rien ne montre mieux l'influence pernicieuse de l'*allaitement artificiel* que la statistique suivante du département du Calvados, où le système au petit pot est si employé, statistique relevée par M. le docteur Denis-Dumont pour 1865.

Sur 9611 enfants nés, 1684 étaient morts au bout d'un an,

soit une mortalité de 17,50 pour 100. Sur ce nombre 6 407 ont été élevés au sein, dont 698 sont morts, soit 10,89 pour 100, tandis que sur 3 204 nourris au biberon, il en est mort 986, soit 30,77 pour 100. La différence est effrayante, sans compter tous les germes morbides que ce fatal mode d'allaitement dépose dans l'organisme et qui viennent encore plus tard augmenter considérablement la mortalité.

Néanmoins, en résumant tout ce qui a été fait sur cette importante question de l'industrie des nourrices et la mortalité des nourrissons, examinée même comparativement à l'étranger, à Bruxelles, en Prusse, en Bavière, en Italie, M. le docteur Du Mesnil conclut à la suppression de tout monopole, à la libre concurrence avec une surveillance très-active de l'autorité. (*An . d'hygiène publiq.*, juillet.)

Influence du froid. Elle ressort manifestement de la statistique comparée faite par M. Lombard, des décès des nouveau-nés pendant le premier mois de la vie en Hollande, en Savoie, à Genève et dans différentes provinces italiennes des quatre mois de la saison froide avec les quatre mois de la saison chaude. En général, la différence est considérable en faveur de ceux-ci. Cette influence délétère du froid diminue à mesure que la vie s'avance tellement qu'après trois mois, c'est pendant l'été que l'on compte le plus grand nombre de décès. (*Acad. de méd.*)

Un autre résultat important de ces recherches est l'augmentation progressive de cette mortalité, du Nord au Midi, du Septentrion au Sud, de telle sorte que les nouveau-nés ici auraient deux dangers à courir, le froid et la chaleur, tandis que ceux du Nord n'ont que le froid. C'est aussi ce qui semble résulter des statistiques de M. Farr (Voy. *Dictionnaire* 1866); mais celui-ci a montré que bien d'autres causes peuvent y contribuer, causes dont M. Lombard ne tient pas un compte suffisant.

NUTRITION. *Division des nerfs.* Par de nouvelles expériences sur des lapins et des cochons d'Inde, M. le professeur Mantegazza a montré qu'en excisant des portions de nerfs suffisantes pour prévenir toute communication ultérieure entre les bouts divisés, et en en étudiant les effets durant plusieurs mois, les tissus soustraits à leur action, quoique imbibés par un sang non altéré et en proportion normale, ne tardent pas à se modi-

tier profondément dans leur nutrition et à être atteints d'affections multiformes : congestion, paralysie, suppuration, atrophie des muscles et des os, hypertrophie de la substance spongieuse de ceux-ci, carie, ostéophytes, etc.; hyperplasie du tissu connectif et du périoste; nécrose de plusieurs tissus différents; hypertrophie des glandes lymphatiques et altérations simulant la scrofule; anémie, septicohémie et autres vices du sang par absorption de produits putréfiés ou décomposés.

Dans cette altération, le phénomène constant et prédominant, c'est que la décomposition l'emporte de beaucoup sur la production. Après une expérience de quatre mois, la masse des muscles d'une jambe avait perdu 30,6 pour 100 de son poids, bien que l'hypertrophie du tissu connectif remédiât en partie à l'atrophie du tissu contractile. Dans une autre de onze mois, ils avaient perdu presque la moitié de leur poids malgré une réunion nerveuse temporaire. Enfin, le diamètre des fibres diminue, la substance contractile tend à disparaître et dans la plupart des cas, les noyaux du sarcolemme sont le siége d'une végétation très-active.

La diminution de poids des os est un fait constant; mais sans être en rapport avec la durée de l'expérience ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

	Durée de l'expérience.	Perte de poids des os.
Lapin...........	14 jours.	0,532 grammes.
Lapin...........	15	0,196
Lapin...........	20	0,392
Lapin...........	48	0,177
Chienne.........	48	0,177
Cochon d'Inde.....	32	0,102
Lapin...........	30	0,186
Lapin...........	4 mois.	1,114

L'hypertrophie extraordinaire des glandes lymphatiques d'un membre soustrait à l'influx nerveux démontre l'existence d'une absorption active, et indique en même temps une irritation hyperplasique suscitée par la présence d'un élément de décomposition organique. L'hypertrophie peut aller jusqu'à sextupler le volume d'une glande. Le docteur Bizzozero a pu constater que même certains vaisseaux lymphatiques étaient obstrués par une grande quantité de corpuscules.

Preuve que l'hypertrophie des glandes lymphatiques se relie

intimement à l'altération de nutrition, c'est que, à peine a-t-on rétabli la continuité des nerfs que cette hypertrophie disparaît, et reparaît de nouveau après une seconde incision des nerfs et les mêmes phénomènes de paralysie et d'absorption excessive.

Virchow a démontré que chaque tissu est un organisme vivant sous la dépendance d'une vie commune reliée dans une vaste confédération avec tous les autres tissus par l'intermédiaire du sang et des nerfs. Lorsque ce tissu ne reçoit pas de nerfs ou qu'il reçoit l'influx nerveux d'une manière anormale, sa polarité nutritive, pour ainsi dire, change immédiatement : par suite, il s'accroît ou diminue sans mesure d'ordre et de fonction, empruntant ou cédant trop au sang. On voit ainsi certains tissus s'atrophier et disparaître presque entièrement, ou bien végéter démesurément et envahir le territoire réservé à d'autres tissus et à d'autres organes. La chimie vitale existe encore dans un tissu sans nerfs ; l'échange entre ses éléments et le sang qui les arrose s'opère toujours ; mais il n'est plus réglé par cette physique suprême qui part des cellules nerveuses et dynamise, pour ainsi dire, chaque cellule, chaque corpuscule, de manière à en faire des centres d'attraction pour certains éléments, et des centres de répulsion pour certains autres.

Bien des maladies arrivent assurément de cette manière; bien des lésions de nutrition, très-obscures et très-profondes, ont leur source dans le système nerveux. Lorsqu'un sentiment de compassion engage le médecin à encourager les illusions des malades, et à les consoler, en leur affirmant qu'ils sont atteints d'une affection nerveuse, il commet un mensonge naïf. En faisant de l'expression maladie nerveuse le synonyme d'une affection légère, il se rend coupable d'une grande hérésie pathologique, car les maladies nerveuses sont souvent constituées par les lésions organiques les plus profondes. L'atrophie, l'hypertrophie, la suppuration, la gangrène, l'inflammation, etc., peuvent être des maladies purement nerveuses ou des affections plus physiques, plus organiques que toutes les autres. Elles peuvent renfermer un virus ou un poison organique, introduit de l'extérieur, transmis par hérédité, qui se dépose sur un tissu et le transforme en une source de nouveaux virus et de nouveaux poisons. Si quelqu'un osait affirmer, qu'à part les affections parasitaires et traumatiques, presque toutes les maladies

sont nerveuses et virulentes; que la physiologie pathologique est enfermée presque tout entière dans l'agrégat des cellules nerveuses et des nerfs, et dans l'échange qui s'opère entre les tissus et le sang, nul doute qu'il serait fort difficile de contester cette manière de voir. (*Istituto Lombardo*, avril.)

O

OBLITÉRATION VASCULAIRE. Voy. PARALYSIE.

OCCLUSION. *Sur l'occlusion intestinale*, par le docteur Putégnat (de Lunéville), brochure de 50 pages grand in-8°, Paris. Recueil de 21 observations cliniques de toute espèce d'occlusion, que sous ce titre générique l'auteur réunit, depuis l'imperforation congénitale de l'anus jusqu'à l'occlusion spasmodique dont il rapporte un exemple. Il forme ainsi un assemblage confus de faits très-divers et dont plusieurs n'ont pas la moindre analogie entre eux, sinon leur portée pratique. Malgré beaucoup de détails superflus, la relation de ces faits décèle un observateur instruit, prudent, judicieux, dont les remarques, rehaussées par un style piquant et original, offrent toujours intérêt et enseignement. Aussi bien, les *Sociétés centrale de médecine du Nord* et des *sciences médicales et naturelles de Bruxelles* ont-elles accordé leurs suffrages à ce mémoire ; c'est assez en dire la valeur.

Intestinal obstruction (occlusion intestinale) par le professeur W. Brinton, un volume de 136 pages, publié, revu et augmenté par le docteur Buzzard, Londres. Leçons faites au Collége royal des médecins en 1859 par le regretté professeur et donnant une nouvelle explication du mécanisme du vomissement dans ces cas. Au lieu d'une action antipéristaltique, il serait dû à deux courants ; l'un périphérique d'abord et un autre de retour provenant d'une pression latérale, égale au-dessous de l'occlusion et d'une diminution de résistance au-dessus. Voilà toute la théorie avec des exemples à l'appui.

De là des modifications dans le traitement : lavements répétés et forcés pour distendre l'intestin dans l'intussusception ; dans

l'occlusion par suite de brides, de diverticulum de l'intestin grêle, il conseille la gastrotomie et la division des brides qui causent l'étranglement.

Une statistique de 12 000 autopsies donnant 1 cas d'obstruction sur 280 décès et en établissant la fréquence de chaque espèce d'après 600 cas, est ce qui distingue surtout ce travail. Ainsi sur 100 cas, il y en a 43 par intussusception, 32 par causes externes comme brides, adhérences, 17 par constriction spasmodique des parois et 8 par torsion de l'intestin. Les cas par intussusception sont donc de beaucoup les plus fréquents, aussi les divise-t-il suivant leur siége. Sur 100, 56 existaient dans la région iléo-cæcale, 28 dans l'iléon, 4 dans le jejunum, 12 dans le côlon. Ce travail mérite donc d'être consulté dans ses détails.

OCHRONOSE. Par ce mot nouveau, Virchow désigne une coloration spéciale des tissus dont il fournit l'exemple suivant.

Ochronose des cartilages. Elle fut reconnue à l'autopsie faite le 8 mai, d'un homme de soixante-sept ans, mort deux jours auparavant. Entré à l'hôpital pour une plaie de la tête, il avait de l'œdème des extrémités inférieures, de l'ascite, de l'hydrothorax, et était probablement mort d'un œdème pulmonaire. Il y avait en outre un anévrysme de l'aorte ascendante.

A l'ouverture du thorax, on trouva tous les cartilages costaux colorés en noir et paraissant avoir été trempés dans de l'encre. Cette même coloration se remarquait sur les autres parties cartilagineuses du thorax, pour les cartilages intervertébraux, ceux du larynx et des bronches, du nez, et pour tous les cartilages articulaires. Elle n'était cependant pas complètement identique partout : ceux des articulations du genou, par exemple, offraient une coloration moins foncée que les cartilages costaux; mais cette coloration allait en croissant à mesure qu'on s'approchait de l'os, et à la ligne de jonction on trouvait le cartilage complétement noir. Les cartilages offraient à leur centre une coloration foncée ; cependant dans la plupart, cette coloration se rapprochait de plus en plus du brun, à mesure qu'on arrivait vers le milieu du cartilage.

Ces différences de coloration se remarquaient surtout pour les cartilages de la trachée, où exceptionnellement les parties superficielles étaient les moins colorées et rappelaient parfaite-

ment le jaune d'ocre. Sur des coupes un peu fines de substance cartilagineuse, on voyait disparaître la coloration noire, qui était alors remplacée par une teinte brunâtre. Cette remarque permet de conclure que la coloration noire n'était due qu'à la condensation de couches brunes.

Le microscope montra la couleur brune uniformément répartie dans le tissu cartilagineux. Quelques points des capsules cartilagineuses offraient une teinte plus obscure.

On avait donc bien affaire à un phénomène d'imbibition. On crut d'abord que cette coloration résultait de l'usage longtemps prolongé du nitrate d'argent. Mais il fut impossible de trouver dans les antécédents du malade de quoi justifier cette hypothèse. On observa en outre que tous les tissus se rapprochant du cartilage, tels que ligaments et tendons, présentaient cette même coloration plus intense au centre qu'à la périphérie. Cette coloration se remarquait surtout au tendon du triceps fémoral, aux cartilages semi-lunaires, aux tendons des muscles pelvitrochantériens. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que cette même coloration se retrouvait dans la tunique interne des artères.

Dans les grandes articulations, notamment au genou, on trouvait réunis ou séparés des corpuscules minces, oblongs, de 2 à 3 millimètres, ressemblant beaucoup à des cristallisations. Les corpuscules mobiles se laissaient difficilement enlever et semblaient avoir pris naissance dans l'épaisseur de la synoviale. Le microscope montra que c'étaient des productions cartilagineuses ayant pris naissance dans le tissu synovial, et présentant la même coloration que les cartilages normaux.

L'examen chimique ne découvrit ni argent, ni métal d'aucune nature; on ne parvint qu'à extraire une substance colorante, semblable à l'hématosine et à ses dérivés; insoluble dans l'acide sulfurique, qui cependant lui donnait une teinte plus intense.

Tous ces faits portent à supposer que la coloration n'est autre chose qu'une imbibition de la substance colorante du sang. On expliquerait ainsi la teinte plus foncée des cartilages à leur point de contact avec l'os, à l'endroit où le système vasculaire nutritif est le plus développé. C'est ainsi que se serait colorée la tunique interne des artères, tandis que dans les cartilages costaux la teinte la plus claire se trouvait au milieu où l'on rencontre le moins de vaisseaux.

On n'avait pas affaire à un phénomène cadavérique. S'il en eût été ainsi, les branches les plus fines eussent conservé la même coloration brune ; la coloration de la tunique interne des artères se serait montrée la plus intense du côté de la lumière du vaisseau ; les synoviales eussent été altérées de préférence aux excroissances cartilagineuses qu'on y avait rencontrées.

Dans la maladie d'Addison, on fait jouer au système nerveux le rôle le plus important dans l'explication des phénomènes morbides. Ce cas indiquerait plutôt qu'il faudrait attribuer la maladie à un phénomène d'imbibition, à une sorte de dyscrasie chromatique, ou au passage des principes colorants du sang dans les tissus.

Il n'y avait dans le cas présent aucune altération des capsules surrénales. Il faut dire cependant que les artères étaient atteintes de dégénérescence athéromateuse. Les synoviales étaient plus vasculaires qu'à l'état normal. Les articulations, le genou entre autres, présentaient les altérations qu'on rencontre dans l'arthrite sèche. Les cartilages du larynx étaient presque complétement ossifiés, les cartilages costaux présentaient des déformations rappelant les nervures du rachitisme. Partout les cellules de cartilage étaient agrandies et multipliées, ce qui indique une irritation chronique de ces parties. M. Virchow compare cet état pathologique à ce qui se fait normalement pour le réseau muqueux de Malpighi, les cheveux, la choroïde, et rappelle qu'on rencontre quelquefois chez les vieillards une coloration brune des cartilages, surtout des cartilages des côtes et des bronches, et il ne considère ce cas que comme un exemple plus frappant d'ochronose. (*Archiv. f. path. anat.*, 1866.)

OEIL. *De l'œil*; Notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies, par le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique. Un vol. in-12, de 158 pages, avec figures dans le texte, librairie *Germer Baillière*. Ce titre dit tout ce qu'est ce petit ouvrage, initiant les plus modestes praticiens au langage spécial, inintelligible pour un grand nombre, qui s'est formé, introduit en ophthalmologie depuis que l'œil, dans ses fonctions et leurs anomalies, leurs troubles, a été exclusivement considéré au point de vue de la physique. En quelques pages d'un style précis, clair, et presque sous forme de catéchisme, il décrit et explique tous ces problèmes

physiologiques et pathologiques de l'optique et les mots nouveaux qui les représentent; au besoin même, ils sont représentés à l'aide de figures. Et comme on comprend ici à demi-mot, les développements sont superflus. C'est donc une nouvelle œuvre de vulgarisation dont le célèbre auteur a été bien récompensé, car le succès de ce petit livre a déjà dépassé celui de gros volumes.

Injuries of the eye, orbits and eyelids (Des blessures de l'œil, de l'orbite et des paupières et de leurs effets immédiats et éloignés), par G. Lawson, chirurgien adjoint à l'hôpital Royal ophthalmologique et *Middlesex*, etc. Un volume de 430 pages avec de nombreuses planches. Londres. Exposé fidèle et exact des récents progrès faits dans cette branche de l'art. Le chapitre des corps étrangers dans l'œil est surtout amplement développé avec de nombreux exemples à l'appui de même que celui de l'ophthalmie sympathique. Les organes de la presse périodique se sont accordés à en faire l'éloge.

OESOPHAGE. Corps étrangers. *OEsophagotomy for the removal of foreign bodies*, par le docteur D. W. Cheever, chirurgien de l'hôpital de Boston, etc., etc. Brochure in-8.

Deux cas d'œsophagotomie, pratiquée au troisième jour et avec succès, pour l'extraction de corps étrangers, ont été pour le jeune chirurgien américain l'occasion d'écrire une excellente monographie. Dans le premier, c'est un jeune mécanicien ayant avalé un os de morue placé à la jonction du pharynx et de l'œsophage du côté droit. Opéré à l'hôpital le 12 novembre 1866, il était guéri en six semaines. Dans le second, il s'agit d'un jeune homme ayant avalé une épingle en cuivre placée diagonalement en travers de l'œsophage, la tête à droite et la pointe enfoncée dans ses parois. Opéré le 17 novembre à l'hôpital, il en sortait parfaitement guéri cinq semaines après.

Relatées dans tous leurs détails dont elles sont même un peu surchargées sans utilité pour l'intelligence du sujet, ces deux observations n'occupent pas moins de quinze pages. Le surplus est rempli par l'histoire sommaire et pratique de tout ce qui a été publié sur cette opération, surtout en France, depuis Hévin jusqu'à M. Créquy; 15 cas authentiques en ont ainsi été recueillis dans les annales de la science de 1838 à 1866, ce qui fait un total de 17 avec les 2 qui lui sont personnels. Le ta-

bleau statistique indiquant la date de l'opération et son résultat, le nom de l'opérateur, la nature et le siége du corps étranger, etc., montre que 7 ont été pratiquées en France, 5 dans la Grande-Bretagne, 1 dans l'Inde, 1 en Italie, 1 à Bruxelles, et les 2 dernières aux États-Unis. Or, de ces 17 cas, 13 ont été suivis de guérison, résultat qui ne justifie nullement les craintes inspirées par cette délicate opération, surtout si on le compare avec celui de l'expectation presque inévitablement fatale. Tout son danger, suivant M. Cheever, est dans le délai que l'on met à l'exécuter. On devine pourquoi. Faite de bonne heure, elle est sans risques. — *That if done early, it can be done safely.* La gravité, le péril dépendent plutôt de l'inhabilité de l'opérateur que des conséquences de l'opération.

On comprend dès lors l'opportunité de cette publication dans le Nouveau-Monde, où l'œsophagotomie n'avait pas encore été pratiquée et où les ouvrages classiques en parlent à peine. Ainsi patronée, cette délicate opération n'en a que plus de chances d'être adoptée. Il est seulement regrettable que l'auteur n'ait pas insisté davantage pour justifier sa doctrine en laissant aux faits ultérieurs le soin d'en montrer la justesse.

Un nouveau cas d'extraction d'un os de l'œsophage selon son procédé est relaté par le docteur Rice. Il emploie à cet effet une tige de baleine élastique du diamètre d'un porte-plume, avec une courbure à l'extrémité inférieure. Une épongé taillée en cône d'un pouce de long est fixée, par le sommet, dans la concavité de cette courbure, la base du cône dirigée en haut et libre dans la moitié de sa hauteur. Huilé, ce petit appareil est introduit facilement et passe à côté du corps étranger qu'il tend à ramener au dehors en le retirant. Il a donné plusieurs succès à l'auteur dans des cas où l'œsophagotomie paraissait l'*ultima ratio*. Aussi simple que rationnel, ce procédé mérite donc d'être essayé préalablement. (*Boston med. and surg. J.*)

De même du panier de Graefe à l'aide duquel M. le docteur Calvo a obtenu un succès remarquable sur un enfant de sept ans qui venait d'avaler une croix. Quoiqu'un vomitif n'eût amené aucun résultat, le peu de difficulté de la respiration fit penser que le corps étranger était tombé dans l'œsophage et non dans la trachée.

« A l'aide du palper, dit M. Calvo, je cherchai si, en pressant légèrement entre mes doigts la région du cou correspondante

à l'œsophage, je parviendrais à sentir la croix ; et, en effet, il me sembla que, au-dessous du larynx, je trouvais un point plus résistant. Je demandai alors au petit malade s'il sentait sa croix, et il m'assura que c'était bien elle que je touchais. La famille demandait à grands cris une opération ; et, comme il m'était prouvé qu'il n'y avait rien à espérer des vomitifs, je me décidai à aller à la recherche du corps étranger. Muni de la pince courbe de M. Demarquay et du petit panier de Graefe, j'essayai à trois reprises de saisir la croix avec les pinces ; mais inutilement. A la seconde manœuvre, il me sembla cependant que le corps avait glissé entre l'extrémité des pinces ; mais, le troisième essai n'ayant amené aucun résultat, je renonçai à cet instrument, et, prenant le panier de Graefe, je le plongeai jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage ; puis, ramenant l'instrument au dehors sans trop de précipitation, je fus assez heureux pour rencontrer le corps étranger, qui, entraîné par le panier, tomba à mes pieds.

Cette croix, qui était celle de la pension, était en argent à quatre branches, du volume d'une pièce de 1 franc environ

Une potion calmante, quelques pilules de 5 centigrammes de sulfate de quinine, suffirent à prévenir tout accident et après cinq jours durant lesquels l'enfant ne ressentit qu'un peu de douleur dans le point où avait séjourné le corps étranger, il reprit ses études. (*Gaz. des hôp.*)

ONGLE. Ongle incarné. *Cautérisation.* Des observations nombreuses de M. Didiot, il résulte que la cautérisation avec la poudre de Vienne des parties molles du bord malade et la racine de la matrice unguéale serait préférable à l'excision, à l'arrachement par les différents procédés. On laisse le caustique quinze à vingt minutes en place et l'opération est faite. Il ne reste que les soins consécutifs. (*Union méd. de la Provence*, février.)

OPHTHALMOSCOPIE. *Ménisque fixe.* Essayant d'appliquer l'usage du microscope composé à l'ophthalmoscopie, M. Giraud-Teulon a monté le ménisque concave-convexe de M. Laurence sur un pied fixe, dans un anneau qui peut tourner sur deux axes perpendiculaires entre eux avec un écran préservateur de l'éclat direct de la lumière. Son but principal a été manqué ; mais il est au moins résulté de ses essais une

immense simplification pour les démonstrations cliniques et l'amplification notable que l'on peut ainsi donner aux images. Au lieu d'éclairer d'une main et de tenir sa lentille de l'autre, l'observateur n'a plus qu'à s'approcher et à regarder en armant l'anneau de la lentille qui lui convient. (*Ann. d'oculist.*, p. 82.)

OREILLONS. Oreillons suppurés. Par exception à la règle, M. le docteur Emond, dit en avoir observé un cas chez un garçon de dix-huit ans, très-lymphatique et paraissant avoir été soumis à des courants d'air froid dans une chambre mal close. Il est pris tout à coup de malaise, inappétence, frissons erratiques avec chaleurs; sécheresse de la gorge, fatigue, lassitude générale, vomissements; gêne des mouvements de la mâchoire avec tension et douleur à gauche; pouls à 84.

Malgré le repos et des gargarismes, les accidents vont en augmentant au point que dès le lendemain un gonflement douloureux s'étend derrière la branche de la mâchoire gauche, sans dureté, rénitent et élastique sans changement de coloration de la peau. Le soir même, la tumeur est proéminente, bombée surtout près du lobule de l'oreille.

Le lendemain, la région parotidienne du côté opposé se prend également et le gonflement de la face est tel qu'il y a occlusion de l'œil. Les mâchoires sont serrées et ne peuvent s'écarter sans les plus vives douleurs. Enfin les accidents suivent la marche d'une phlegmasie aiguë, la fluctuation est manifeste dès le cinquième jour après le début des accidents, et la ponction donne issue à une abondante suppuration (*Gaz. des hôpit.*, nº 113). Ne sont-ce pas là des abcès chauds aigus et qui n'ont de l'oreillon absolument que le siége?

ORTIE. Voy. HÉMORRHAGIES. LEUCORRHÉE.

OSTÉOGÉNIE. Si de l'aveu général, le périoste est l'organe essentiel de la reproduction des os, on diffère considérablement sur les conditions à lui donner en pratique pour remplir ce beau rôle. Les uns, — et ce sont les plus nombreux — prenant à la lettre et dans son sens le plus absolu le mot de M. Flourens : Donnez-moi du périoste et je vous ferai des os, l'ont simplement détaché, séparé de l'os malade pour lui en faire produire un nouveau. De là les résections sous-périostées,

dont le premier honneur revient à M. Larghi. Bien plus, ils l'ont réséqué, transporté et ont prétendu obtenir ainsi des productions osseuses, l'ostéoplastie en réalité. Mais d'autres plus scrupuleux, fidèles à l'expérience, l'observation traditionnelle, admettant que cet acte de la reproduction des os est plus complexe, que différents tissus y concourent comme des expériences récentes l'ont démontré (voy. *Année* 1866), ont prescrit de n'y pas toucher, de le laisser *in situ* dans ses rapports normaux afin de ne pas en troubler la fonction ostéogénique, ni la part des parties environnantes. D'où la méthode de l'évidement due à M. le professeur Sédillot dont les premiers travaux sur ce sujet remontent à 1858.

Deux méthodes opératoires opposées, aussi contraires dans leur principe que dans leur exécution, sont ainsi en présence, chacune comptant, prônant, exaltant ses succès. Comme preuves, la première invoque la restauration du nez, l'occlusion des trous de la voûte palatine, des ostéoplates développés au milieu des muscles, dans l'aine, la cuisse par la transposition de lambeaux du périoste, tandis que la seconde pose en règle, d'après ses expériences, que ces ostéoplasties n'ont aucune valeur pratique, que l'idée de créer des os entiers et utiles par un périoste isolé est un rêve, une illusion, car tout périoste disséqué, séparé, isolé et frappé de suppuration perd fatalement ses propriétés ostéogéniques.

L'Académie des sciences en mettant au concours pour le grand prix de chirurgie en 1867, la question de la *conservation des membres par le périoste*, avec une récompense de 20 000 francs, pouvait expliquer cette contradiction, cet antagonisme, sinon les faire cesser. On devait espérer qu'approfondissant la question et la discutant, elle en éluciderait les différents points, surtout lorsque cette solution était confiée au Nestor de la chirurgie française, l'homme le plus capable de délier ce nœud gordien : Velpeau. Le monde savant était dans l'attente. Deux ouvrages seuls pouvaient se disputer le prix : celui de M. Ollier (de Lyon), sur les résections sous-périostées et le représentant le plus autorisé aujourd'hui par ses nombreuses expériences de cette doctrine soutenant que le périoste détaché, isolé, séparé de l'os le reproduit de toutes pièces par sa face intérieure, et celui de M. Sédillot sur l'évidement présenté comme le perfectionnement de cette méthode et prouvant que le périoste régénère mieux les os en les évidant

de l'intérieur à l'extérieur avec l'aide de la coque osseuse saine à laquelle il adhère. A cet énoncé, la dissidence n'est pas inconciliable, puisque ces deux représentants, également autorisés, comptent sur le périoste pour la démonstration de leur thèse. Mais il en est autrement en pratique. M. Sédillot creuse les os malades, les transforme en coque jusqu'à ce qu'il arrive à une couche saine, qui animée par le périoste auquel il ne touche pas, reproduit un os nouveau; tandis que M. Ollier s'applique surtout à détacher le périoste d'un os sain en le laissant fixé aux ligaments et aux tendons pour reproduire l'os enlevé ou réséqué. La différence est donc considérable non-seulement dans le mode, le procédé opératoire, la difficulté d'exécution, mais dans les principes qui leur servent de base. Le premier fondé sur ce qu'il faut laisser le périoste intact dans sa continuité avec l'os sain pour qu'il conserve toutes ses propriétés ostéogéniques et le renouvelle ainsi par l'intermédiaire des lamelles osseuses saines et de la coque qui lui sert de moule; ce procédé, voulant surtout éviter le traumatisme et la suppuration du périoste, exclut par ses succès le second, qui semble la négation du premier. On ne peut imaginer une contradiction plus choquante. Néanmoins sans autre explication que « M. Sédillot ne combat M. Ollier que dans la crainte d'une rivalité redoutable », l'illustre rapporteur a conclu que les deux méthodes au lieu de s'exclure se complétaient et a récompensé également leurs auteurs en accordant à chacun la moitié du prix.

Tout en applaudissant à cette juste récompense de deux travailleurs émérites, à cette haute distinction de deux livres consacrant chacun un progrès de la chirurgie, on ne peut manquer de reconnaître qu'elle est illogique au fond et laisse la question en l'état. Aussi a-t-elle surpris tout le monde. Sans prétendre la résoudre, il nous semble qu'elle trouve sa solution en distinguant les cas et les indications différentes des deux méthodes. L'évidement n'est-il pas indiqué et applicable de préférence aux os courts, aux apophyses? On l'a vu réussir ainsi merveilleusement au calcanéum et aux condyles du tibia, du fémur, etc., tandis qu'il ne le paraît pas aussi bien aux os longs surtout quand la surface externe est malade comme dans les nécroses. Et puis comment l'appliquer aux os plats? Ces deux méthodes ont donc leurs indications suivant les cas qui restent à préciser, à déterminer.

Sans doute l'évidement a des avantages incontestables, évi-

dents en théorie comme en pratique sur la résection sous-périostée. Si chez les jeunes sujets principalement, le périoste donne naissance à des couches osseuses qui se développent à sa face interne aux dépens d'une couche molle, riche en cellules, le tissu osseux lui-même, dans des conditions identiques, donne naissance à de l'os de nouvelle formation. Ce sont des éléments cellulaires, analogues à ceux de la face profonde du périoste et contenus dans les canaux de Havers et dans la moelle elle-même qui font les frais de cette génération osseuse comme l'a démontré M. Ranvier.

L'évidement profite de ces deux sources ostéogènes, tandis qu'en enlevant l'os dans sa totalité, dit M. Sarague, on sacrifie inutilement des couches osseuses encore saines et on détruit une source puissante d'ostéogénèse. On risque de voir les phénomènes d'irritation inflammatoire dépasser le degré nécessaire au travail hypertrophique du périoste, et de détruire cette membrane par la suppuration et l'ulcération. De plus, le périoste, livré à lui-même et privé de soutien, ne peut pas conserver sa forme, sa direction et sa position, et l'on risque fort, si un os se forme dans un pareil moule, de le trouver irrégulier, déformé et énormément raccourci. La pratique de l'opération elle-même semble entourée de difficultés presque insurmontables, car il ne s'agit pas de conserver seulement la couche fibreuse du périoste, il faut encore ménager sa couche profonde, cette couche molle et celluleuse qui seule est ostéogène.

Il fallait donc trouver un autre moyen de tourner la difficulté. Or, quoi de plus naturel que de conserver en même temps que le périoste les couches osseuses saines sur lesquelles il est appliqué, que ces couches soient du reste anciennes ou de formation nouvelle, comme dans les nécroses? Non-seulement elles vont concourir pour une assez large part à la réparation de la perte de substance, mais encore elles soutiendront la gaîne périostée : elles la protégeront ; elles lui conserveront sa forme et ses dimensions. L'opération elle-même se trouve ainsi simplifiée : au lieu d'une dissection souvent impossible d'une gaîne molle et adhérente qu'il faut à tout prix ménager, nous n'avons qu'à enlever, par une fenêtre assez large pratiquée à la paroi osseuse, tout le tissu ramolli par la carie et l'ostéite, ou détruit et déjà détaché par la nécrose. (*Union méd.*, nº 92.)

Telles sont, en quelques mots, les opérations décrites dans l'ouvrage suivant :

De l'évidement sous-périosté des os, par Ch. Sédillot, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Deuxième édition, 1867. 1 vol. gr. in-8° de 438 pages, avec 6 planches comprenant 16 figures.

Traité expérimental et clinique de la régénération des os, par le docteur L. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deux vol. in-8°, avec 9 planches gravées sur cuivre et 45 figures intercalées dans le texte.

Le plus bel éloge qu'on puisse faire de cet ouvrage, est l'appréciation suivante de M. le professeur Sédillot : ce livre, qui fait sans contredit honneur à la chirurgie française, se recommande par des travaux considérables, une érudition rare parmi nous, une modération, une réserve, une perspicacité propres à lui concilier toutes les sympathies. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Note sur la cicatrisation des os et des nerfs, par le docteur Dubreuil, prosecteur de la Faculté de médecine, in-8°. Exposé d'une expérience répétée consistant à réséquer une certaine portion d'un os long d'un lapin en enlevant le périoste ; un mois après l'os était reproduit. D'où il conclut que pour l'os comme pour les nerfs, il y a une certaine ostéogénèse qu'il appelle rayonnante, d'assimilation ou homéoplastique qui le reproduit. Une portion du radius sain réséquée sans conservation du périoste ne s'est pas moins reproduite tout entière en effet, comme l'exhibition de la pièce en fait foi. En concordant avec des expériences comparatives semblables de M. Ranvier, celle-ci montre que le périoste n'est pas indispensable à la reproduction des os. (*Soc. de chirurg.*, mars.)

OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE. Sous ce titre un peu long, M. le docteur Magitot entend l'affection désignée autrefois sous le nom de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives*, par Jourdain et M. Oudet et que M. Marchal (de Calvi) a surnommée dans ces dernières années *gingivite expulsive*. Cette maladie est caractérisée anatomiquement par une ostéo-périostite du cément et du périoste dentaire ; il y a déviation, puis ébranlement et allongement des dents suivis de décollement gingival et de suppuration alvéolaire qui en est le signe pathognomonique.

Des applications d'acide chromique solide ou déliquescent au collet de la dent et dans l'alvéole même, répétées tous les sept à huit jours, combinées avec l'usage habituel de 1 à 4 grammes de chlorate de potasse sous forme de pastilles, en constituent le traitement principal avec des émissions sanguines, scarifications ou saignées en cas d'hypérémie exagérée, de même qu'à combattre les autres complications qui peuvent se rencontrer. (*Arch. de méd.*, juin et juillet.)

OTORRHÉE. Dans des considérations sur cette maladie chez les enfants, M. Bonnafont émet les conclusions suivantes :

1° L'otorrhée constitue une affection d'autant plus grave, que les lésions locales qui produisent l'écoulement s'allient à une constitution lymphatique ou viciée par un principe strumeux, herpétique ou syphilitique.

2° C'est une grande erreur de croire que, chez les enfants, le temps en amènera la guérison sans danger pour l'ouïe. La preuve, c'est que dans tous les établissements de sourds et muets visités, tant en France qu'à l'étranger, un cinquième au moins doivent leur infirmité à des otorrhées abandonnées aux seuls effets de la nature, dont la plupart eussent été guéris sous l'influence d'un traitement rationnel approprié.

3° Que des différents moyens employés contre les lésions locales du conduit auditif et de la membrane du tympan, les insufflations de poudres caustiques et astringentes méritent la préférence. Les injections de même nature ont l'inconvénient de porter leur action sur des parties saines qui doivent être respectées ; et les caustiques solides, très-efficaces pour toucher une partie limitée, deviennent insuffisants lorsque les ulcérations sont très-étendues.

4° Mais pour que cette médication soit appliquée d'une manière rationnelle, il est essentiel de voir les parties lésées ; car il n'est pas indifférent de cautériser les tissus sains, le tympan surtout. C'est afin de faciliter cet examen à un plus grand nombre de médecins, qu'il a fait confectionner un nouvel otoscope très-simple, n'exigeant le concours d'aucune lampe et que sa forme rend très-portatif.

Cet instrument pourra trouver également d'heureuses applications dans l'examen d'autres lésions organiques, telles que celles du col de l'utérus, etc., etc. (*Acad. de méd.*)

OVARIOTOMIE. *Complication d'ascite.* Tel était le dernier kyste de l'ovaire gauche opéré par M. Ollier, chez une femme de quarante-cinq ans, et dont le liquide se reproduisait si rapidement que depuis dix-neuf mois il avait été ponctionné douze fois. A l'incision du péritoine, *écoulement d'une grande quantité de liquide filant ressemblant à celui que l'on trouve souvent dans les kystes* et qui n'était autre que la sérosité péritonéale. Celui du kyste était très-abondant, coloré et très-albumineux. *Aucune adhérence pariétale*, malgré les ponctions répétées que des chirurgiens lyonnais, M. Gayet entre autres, repoussent comme devant les produire. Mort trente-six heures après, de *péritonite suppurée*.

Suivant M. Berne, c'est là une complication, une source de difficultés opératoires, en cachant le kyste et en obligeant de tâtonner souvent pour terminer l'opération. Suivant M. Christôt, interprète de M. Desgranges, c'est une contre-indication formelle quand l'ascite est abondante et se reproduit facilement comme dans ce cas. M. Kœberlé, dont l'opinion est si puissante en pareille matière, dissuade également les chirurgiens de l'opération dans la thèse de M. Caternault sur la gastrotomie. Et la contre-indication est des plus positives quand il s'agit d'un liquide péritonéal filant, indice d'une modification profonde de la séreuse qui la rend d'autant plus apte à la suppuration, et par conséquent à déterminer la mort alors même que le kyste guérirait.

D'après M. le docteur Dupuy, il serait préférable, dans les kystes très-volumineux, de pratiquer une ponction préalablement à l'ovariotomie, afin d'éviter les accidents qui accompagnent la déplétion rapide d'une poche considérable et procéder à celle-ci avant que la poche fût complétement remplie. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, juillet.)

Adhérences pariétales. Les complications graves qu'elles apportent à l'opération doivent en faire constater l'existence auparavant. Les ponctions répétées du kyste en sont une cause suivant plusieurs chirurgiens qui les repoussent à cet effet, mais des faits négatifs atténuent la valeur de cet antécédent. La dépression de l'ombilic, quand les malades se mettent sur leur séant et l'effacement de la tumeur par la contraction des parois abdominales indiqués par M. Spencer-Wells comme en décelant l'existence, ne sont pas infaillibles. Les douleurs fixes, locales, sont un meilleur symptôme, mais le défaut de celui-ci n'assure pas de leur absence.

Dans les cas où le ventre est modérément distendu, M. Christôt indique le procédé suivant de les reconnaître. La malade étant couchée sur un plan horizontal, on lui fait exécuter de fortes inspirations et s'il n'y a pas d'adhérences, la tumeur s'efface à chaque abaissement de la voûte diaphragmatique, le ventre redevient uniforme et la main posée sur l'hypogastre perçoit un léger mouvement de progression de la masse ovarique; dans le cas contraire, le ventre conserve sa forme irrégulière qui, loin de disparaître pendant les fortes inspirations, s'accentue davantage. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, août.)

Rien ne montre mieux l'incertitude de ces adhérences et la difficulté de les diagnostiquer d'avance que l'observation rapportée par le docteur Marguerite, du Havre. Deux ponctions préalables avaient été pratiquées, et il y avait eu absence presque complète de symptômes de péritonite adhésive, sinon quelques douleurs cédant aux émollients ; de légers frissons rapportés au contact d'un drap froid et une maigreur extrême. Cette adhérence était telle néanmoins que le kyste faisait corps avec tout ce qui l'entourait et qu'on ne put l'en détacher. Il fut ouvert parallèlement à l'incision abdominale et en essayant de l'énucléer postérieurement, il fallut le séparer des viscères, des gaînes vasculaires et de l'épiploon auxquels il était très-solidement soudé à droite ; la gaîne du muscle droit fut ouverte, il fallut réséquer une bande de tissu musculaire de 2 à 3 centimètres de large sur 15 à 16 de long. Après une heure de travail laborieux, la vessie fut reconnue ouverte et une nappe de sang veineux apparut dans la fosse iliaque gauche indiquant l'ouverture d'une veine principale. Cette hémorrhagie acheva la malade qui ne reprit pas connaissance. (*Gaz. hebd.*, n° 41).

Une question nouvelle s'est présentée à propos de cette opération malheureuse. En présence de cette adhérence intime avec la paroi abdominale, ne valait-il pas mieux vider le kyste, réunir la plaie en laissant seulement une ouverture à la partie la plus déclive avec une sonde à demeure et tenter ainsi la guérison comme elle a déjà été obtenue dans un cas par M. Desprès. (Voy. *Année* 1864.) C'était d'abord l'avis émis par M. le docteur Cabierre, l'un des consultants. Sans doute il y avait de grands dangers à établir une aussi abondante suppuration après l'incision du kyste, mais du moins l'art eût été sauf. C'est un avertissement pour un cas ultérieur, car tout est de savoir s'arrêter à temps.

Trocart à spirale. Afin de prévenir l'écoulement du liquide du kyste dans le péritoine, M. Nélaton a fait construire par MM. Robert et Collin un trocart spécial sur la canule duquel est fixée une spirale aplatie soudée à son extrémité pénétrante et libre dans sa partie postérieure, disposition permettant à celle-ci de se tasser sur elle-même comme une rondelle. Il suffit, pour faire passer la spirale dans le kyste, d'imprimer au trocart, après la ponction, un mouvement de rotation de gauche à droite. En tournant un écrou, les deux rondelles se rapprochent pour maintenir entre elles les membranes du kyste, sur lesquelles on peut tirer à mesure qu'il se vide, sans crainte de les déchirer. (*Acad. de méd.*, février.)

Pour combattre sinon pour prévenir la tympanite et la constipation qui surviennent souvent après l'ovariotomie, M. G. Whyte préconise l'emploi d'un 48e de grain de strychnine toutes les deux heures; mais un seul fait est rapporté à l'appui et cela ne suffit pas à convaincre. (*Med. Times*, juillet.)

Réduction du pédicule. M. le docteur Lacroix, de Béziers, qui est un des propagateurs les plus heureux de l'ovariotomie en province, publie deux nouveaux succès obtenus à deux mois d'intervalle dans des conditions très-défavorables. Dans le premier, le kyste ne contenait pas moins de 67 litres de liquide visqueux à la première ponction. C'est peut-être le plus volumineux qui ait été opéré. La paroi pariétale y était si intimement soudée que l'on ne put guère l'en détacher. Dans le second, la plus grande intolérance de l'estomac détermina l'opération après des ponctions multipliées. Néanmoins, les deux cas guérirent.

La principale modification opératoire est l'emploi, au lieu du clamp, d'une longue aiguille à bas préalablement détrempée pour traverser le pédicule et le maintenir au dehors. M. Lucron en conteste la nécessité et l'utilité. Il serre le pédicule en avant de l'aiguille avec des fils cirés et place même une ligature d'attente en arrière. L'aiguille est fortement incurvée au centre pour diminuer la tension du pédicule à la pression de ses extrémités sous lesquelles on place des coussinets. Cet appareil léger n'a pas, selon l'heureux chirurgien de Béziers, les inconvénients du lourd et embarrassant compas d'acier. C'est là une modification qui méritait d'être signalée et expérimentée. (*Mouv. méd.*, avril.)

Dans un cas de succès, le docteur José Graves a signalé comme un inconvénient sérieux l'adhésion du pédicule à la surface abdominale lorsqu'il est compris dans la cicatrice de l'incision externe. Cette adhésion obligeait la femme à se tenir courbée en marchant sans pouvoir se tenir parfaitement droite, inconvénient qui se dissipa rapidement toutefois. (*Philad. med. reporter.*)

Accidents consécutifs. Dans sa 35e opération pratiquée le 26 novembre 1866 sur une femme de quarante-trois ans, atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit compliqué d'ascite et de la rupture d'une des loges, M. Kœberlé plaça un tube de verre de 10 centimètres plongeant dans le bassin le long de la paroi postérieure de l'utérus dans l'angle inférieur de la plaie pour donner un libre écoulement aux liquides. Grâce à ce moyen, une péritonite pelvienne resta localisée et guérit rapidement surtout avec la position demi-assise donnée à l'opérée. Mais, un appareil de symptômes généraux graves éclata le 6e jour avec matité de la largeur de la paume de la main dans le flanc droit entre la crête iliaque et l'hypocondre annonçant une péritonite locale par suite de l'inflammation des vaisseaux ovariques, laquelle menaçait de s'étendre et de se généraliser. Pour l'éviter, il ne craignit pas de pratiquer, séance tenante, après avoir anesthésié le siége du mal, de pratiquer au centre une incision de 7 centimètres pour donner issue au liquide épanché afin de limiter la péritonite et ménager une issue à la collection purulente sous-péritonéale qui devait s'ensuivre. L'ouverture du péritoine, à une profondeur de 6 à 7 centimètres, donna issue en effet à 150 grammes de sérosité rougeâtre, et un tube de 10 centimètres de long, maintint une communication de la cavité péritonéale avec le dehors. Position demi-assise et latérale droite pour faciliter l'écoulement des liquides.

L'amélioration fut immédiate. Mais un érysipèle ne tarda pas à envahir les bords de la plaie. On les touche immédiatement avec la solution pure de perchlorure de fer pour empêcher l'absorption, et un badigeonnage à la teinture d'iode en arrête l'extension. Néanmoins, la tuméfaction du flanc droit augmente, un abcès se forme et malgré les tentatives réitérées pour créer une issue au pus par la plaie iliaque toujours ouverte, c'est par l'intestin qu'il s'ouvrit spontanément le 15e jour. La plaie iliaque ne fut pourtant pas inutile. Le 18e jour, le tube donna

issue à un litre environ de pus provenant du même foyer, comme le montrèrent la cessation de l'écoulement par l'intestin et la diminution graduelle de la tuméfaction : il servit même à le tarir les jours suivants. Le 10 janvier, l'opérée a été présentée à la Société de médecine de Strasbourg, parfaitement guérie. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 4.)

L'intervention chirurgicale montre sa puissance pour enrayer l'inflammation péritonéale et évacuer la sérosité avant qu'elle n'ait produit des accidents et donner ensuite issue au pus. M. Strohl a opposé qu'avant de recourir à un traitement aussi radical, M. Kœberlé aurait pu employer le collodion qui, depuis 15 ans, compte de si nombreux succès dans la péritonite; mais celui-ci, tout en reconnaissant ces heureux effets contre les péritonites légères, rejette l'emploi des enduits imperméables contre les péritonites septico-traumatiques dont la marche rapide met la vie des malades en danger. Il les a employés dans plusieurs cas au début et toujours sans succès. Il est convaincu qu'en intervenant moins hardiment, la malade eût succombé le lendemain.

Quant à savoir s'il convient d'ouvrir le péritoine sans retard au début alors qu'il n'y a encore qu'un liquide séro-sanguinolent comme le demande M. Rigaud, il répond que dès qu'il y a épanchement consécutif à un processus inflammatoire, le plus sûr moyen d'en prévenir les conséquences est de l'évacuer et le tarir immédiatement.

Cette suite de mesures hardies et immédiates, dictées par un coup d'œil pénétrant et exercé, une observation attentive et scrupuleuse donne le secret des succès, jusqu'ici sans pareils, du célèbre ovariotomiste Strasbourgeois.

Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical, par le docteur Laskouski, mémoire grand in-8 de 104 pages et 21 tableaux.

Ovariotomie en Italie. M. le professeur Vanzetti, de Padoue, a été malheureux jusqu'ici dans trois opérations d'ovariotomie pratiquées à de longs intervalles et comme en dernier ressort. La première remonte à 1846, la deuxième à 1859 et la troisième en 1860. Toutes trois ont été mortelles. Par une autre exception assez rare, la mort n'est survenue dans les trois cas qu'après un certain nombre de jours qui permettai

d'espérer tout le contraire. Si le nombre n'en est pas fixé dans le premier cas, il est de dix-huit dans le second et de sept dans le troisième. Ce sont donc là des complications presque étrangères à l'opération et qui ne doivent pas empêcher d'y recourir. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Sullo stato reale dell' ovariotomia in Italia nel 1867. Essai historique et considérations pratiques du docteur D. Peruzzy.

Ovariotomie en France. D'après le rapport de M. Boinet à la *Société impériale de chirurgie*, ce corps savant a reçu 12 observations ayant donné 8 succès et 4 insuccès. Dans l'impossibilité de tirer des conclusions d'un si petit nombre de faits, il a relevé toutes les observations publiées depuis 1861 au nombre de 95 et qui offrent 44 succès et 51 insuccès. Il y en a, en outre, 24 sur lesquelles manquent les principaux détails en raison même de leur fatalité, car elles compteraient 19 insuccès et 5 succès.

131 ovariotomies donnant 57 succès et 74 insuccès est une proportion qui, malgré des débuts toujours un peu timorés et malhabiles, surtout dans une opération si grave et laborieuse, autorise à la faire pratiquer maintenant plus hardiment que telle amputation qui ne donne pas des résultats aussi satisfaisants.

Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, par le docteur A. Boinet, un volume de 455 pages in-8. Après un aperçu anatomo-physiologique des ovaires, l'auteur décrit les différentes maladies de ces organes, entre autres celle qu'il désigne sous le nom d'*ovarite nerveuse hystérique* qui ne se décrit nulle part et en insistant spécialement sur les kystes. Il en trace successivement l'anatomie pathologique, le diagnostic propre et différentiel avec les maladies qui peuvent les simuler. Puis il aborde le traitement médico-chirurgical, celui-ci comprenant les injections iodées, la sonde à demeure et l'ovariotomie avec la liste de toutes les opérations faites en France et leurs principaux détails. C'est donc là un traité complet fait avec ordre et parsemé d'observations cliniques qui en abrégent utilement les détails.

M. Giraldès l'a pratiquée sur un enfant de quinze ans pour un kyste fœtal de l'ovaire diagnostiqué dès l'âge de six ans, par M. Guersant, qui différa l'opération à l'époque où le dévelop-

pement du volume de la tumeur amènerait une trop grande gêne dans l'exercice des fonctions. Elle avait pris, en effet, un volume énorme, atteignant l'ombilic à droite et à gauche duquel elle se portait en décrivant une espèce de demi-lune. La gêne en résultant pour la malade était extrême : elle ne pouvait plus se baisser, exercer son état, et tombait souvent en défaillance. Dure à la partie inférieure, fluctuante à la partie supérieure, la tumeur donnait, en ce dernier point, une sensation de fluctuation qui n'était pas celle que donne un liquide séreux. Une ponction exploratrice pratiquée avec un trocart très-fin fit sortir une certaine quantité d'un liquide jaunâtre qui, examiné au microscope, se trouva principalement composé de matières grasses, de paillettes de cholestérine mêlées a des plaques d'épithélium.

L'opération n'a rien présenté de particulier. Il en a été de même de ses suites pendant les premières vingt-quatre heures ; mais, dès le deuxième jour, le pouls commença à prendre une rapidité inquiétante ; cependant, il n'existait pas de douleur du côté de l'abdomen. Le troisième jour, après une nuit mauvaise, pleine d'insomnie et d'agitation, la malade a été prise de vomissements et d'accidents généraux qui l'ont rapidement emportée.

L'examen de la pièce montre clairement l'existence d'un kyste ayant son siége dans l'ovaire, et renfermant une masse considérable de graisse et de poils très-longs. L'intérieur de la poche laisse voir, en outre, une série de kystes plus ou moins volumineux dont la présence donne la raison du développement de la tumeur par poussées successives. On y trouve encore une masse osseuse doublée d'un périoste parfaitement distinct.

La membrane d'enveloppe est formée d'un tissu fibreux très-dense et semée de vaisseaux appartenant surtout au système veineux. (*Soc. de chirurg.*, février.)

M. Desgranges, de Lyon, a obtenu un nouveau succès, ce qui élève à 5 le nombre des ovariotomies pratiquées par lui, dont 3 suivies de guérison et 2 décès.

— *L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès ?* Par le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris, 32 p. in-8. Réponse affirmative à cette question basée sur 4 observations personnelles, dont 3 guérisons, 1 mort. C'est décisif.

P

PARALYSIES. Diagnostic différentiel. L'analogie du spasme ou de la contracture avec la paralysie, surtout lorsqu'elles dépendent d'une lésion du corps strié, a conduit M. Hughlings-Jackson à tracer, de leurs symptômes différentiels les plus accentués, le tableau synoptique suivant :

	Paralysie gauche.	**Contracture gauche.**
Membres....	Paralysés à gauche.	Contractés à gauche.
Face.......	Déviée à droite.	Déviée à gauche.
Yeux.......	Déviés à droite.	Déviés à gauche.
Tête.......	Déviée à droite.	Déviée à gauche.
Tronc......	Libre.	Immobile, respiration embarrassée.

(*Lancet*, février.)

Du premier coup-d'œil, on peut ainsi dire l'affection qui se présente surtout avec le secours du signe suivant :

Température des parties paralysées. Aux assertions anciennes sur l'abaissement de la chaleur dans les parties paralysées ont succédé des expériences précises avec le thermomètre, depuis que d'éminents physiologistes, Cl. Bernard, Schiff, Brown-Séquard ont signalé l'élévation de la température et la dilatation vasculaire constante, après la résection d'un nerf dans les parties qu'il alimente. Dans un travail sur ce sujet, M. Folet montre, par des citations anciennes et des observations récentes, les profondes dissidences qu'il comporte. Bien plus, il résulte de 10 observations personnelles, faites à l'hôpital de la Charité, que l'on est loin d'être fixé à cet égard et qu'au lieu de lois fixes, constantes, il y a des différences considérables suivant la période de la paralysie à laquelle on observe, comme le montre le tableau suivant :

Date de l'hémiplégie.	État du côté paralysé.	État thermométrique du côté paralysé.
1. — 3 ans....	Pas ou très-peu d'atrophie, quelques mouvements.	Élévation de température de 0°,8
2. — 1 an.....	Pas d'atrophie.	— de 0°,6
3. — 20 mois...	Légère atrophie deltoïdienne.	Équilibre des deux côtés.
4. — 4 ans....	Atrophie peu avancée.	Id.
5. — 6 ans....	Id.	Id.
6. — Ancienne.	Id.	Abaissement de 0°,2
7. — 8 ans....	Atrophie.	— de 0°,2
8. — 7 mois...	Peu d'atrophie.	— de 0°,6
9. — 18 mois...	Atrophie.	— de 0°,6
10. — 7 ans....	Id.	— de 0°,8

(*Gaz. hebd.* n° 12.)

Cette élévation de température dans l'hémiplégie, suite d'hémorrhagie cérébrale, constatée aussi par M. Charcot dès le début, lui paraît être le résultat des modifications de la nutrition. La température centrale baisse notamment dans l'aisselle, le rectum, et ne revient qu'ensuite au taux normal. Mais, dès qu'elle s'élève à 39, 40, 41 degrés, c'est l'indice d'une mort prochaine. (*Soc. de biol.*)

Paralysie de la sensibilité. Elle détermine constamment, selon M. Peter, une augmentation correspondante de la température dans les parties anesthésiées et réciproquement diminution quand il y a hyperesthésie, faits non observés jusqu'ici. (Voy. Température.)

Paralysie générale. *De la lésion anatomique de la paralysie générale*, thèse inaugurale soutenue à la faculté de Paris en 1866, par M. le docteur Magnan. Excellente étude où se trouve résumée philosophiquement cette question tant débattue dans ces dernières années. La prolifération des éléments de la névroglie ou tissu cérébral interstitiel considéré dans son ensemble, est aussi regardée comme la lésion constante et croissante qui distingue cette maladie.

Paralysie dyssentérique. Selon M. Delioux de Savignac, les médicaments strychniques, après essais comparatifs de sa part, ont plus d'efficacité que l'électro-thérapie dans le traite-

ment des paralysies qui accompagnent et suivent la dyssenterie et les coliques sèches, en raison de la continuité des effets de la noix vomique et à son électivité d'action sur la moelle épinière. Il invoque néanmoins les applications de celle-ci en cas d'insuffisance de celle-là. Et si ces deux modes de traitement échouent, il conseille les eaux thermales sulfureuses, mais avec beaucoup de ménagements pour la paralysie dyssentérique, dans la crainte d'exaspérer ou de faire récidiver la maladie primitive. (*Acad. de méd.*, avril, et *Union méd*, n°s 93 et 96).

Paraplégie par oblitération vasculaire. Établie seulement par les vivisections, cette variété n'existe cliniquement que par un exemple observé par M. Barth. M. Bourdon l'a constatée chez une fille de vingt-deux ans, prise de pneumonie après quelques excès alcooliques. Arrivée à Paris après un voyage fatigant, elle est prise d'une toux fréquente avec dyspnée et trente-six heures après de douleurs atroces dans les deux jambes, accompagnées de paralysie du mouvement et de la sensibilité avec refroidissement. Les douleurs se calmèrent un peu, mais une gangrène survint dans les deux membres, une oblitération artérielle fut diagnostiquée. La mort, survenue deux jours après, montra en effet l'iliaque primitive droite oblitérée par des caillots ainsi que l'iliaque externe, l'hypogastrique et la crurale du côté gauche.

L'aorte était saine. On trouva un infarctus considérable de la rate et des traces d'endocardite verruqueuse sur les valvules mitrale et aortique, couvertes de concrétions fibrineuses et de caillots allongés. L'un d'eux, inséré sur la mitrale, allait même se fixer de l'autre côté sur la sygmoïde malade.

Il est donc bien évident que cette malade est morte par le fait de l'oblitération des artères, qui a produit la paralysie et la gangrène des membres inférieurs. C'est là un cas très-remarquable et qui n'a pas encore son pendant dans la science. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, et *Union méd.*, n° 16.)

Oblitération simultanée des artères iliaques par des caillots emboliques, avec des considérations générales sur le diagnostic de cette affection, par M. le docteur Hip. Bourdon, médecin de l'hôpital de la Charité, président de la Société médicale des hôpitaux de Paris, brochure grand in-8 de 14 pages, avec une gravure.

Nouvelle espèce. A toutes les formes déjà décrites, jusqu'au nombre de 14, d'après le docteur Bonnejoy, il en ajoute une 15e survenant à la suite de couches laborieuses et qu'il appelle par *collage des muscles*, dont il rapporte un exemple. (*Réforme méd.*, n° 7.)

Mais l'affaiblissement des membres supérieurs et la gêne de la respiration prouvent que l'affection était générale. D'ailleurs un seul fait non vérifié par l'autopsie n'autorise pas à édifier une nouvelle espèce nosologique. Voy. Artérite noueuse.

Paralysie du bras. Voy. Forceps.

Paralysie de la vessie. Voy. Vessie.

PARASITISME. Deux parasites animaux, non encore décrits, observés sur la peau humaine et produisant des éruptions spéciales, ont été présentés à la Société de biologie. L'un est un acarien voisin du *Dermanis*, observé par M. Judée à Collo, dans la province de Constantine, sur une dame offrant une éruption semblable à la gale des Kabyles, et qui l'aurait contractée parmi eux. La peau était couverte d'animalcules se répandant jusque sur les vêtements et qui, comme de petits points noirs cheminaient sur l'épiderme avec vivacité. Ces acariens sont bien différents de ceux de la gale humaine et de celle des animaux. Il en existe pourtant d'analogues sur la poule, d'où ils se transmettent au cheval et même à l'homme, comme cela a été observé à Alfort.

Serait-ce là ce qui constitue la maladie cutanée prurigineuse qui règne parmi les Arabes, surtout les Kabyles et qualifiée de gale par eux et les médecins du pays? M. Judée n'en a jamais constaté le caractère pathognomonique, le sillon caractéristique. Et pourtant la pommade soufrée les guérit comme elle a guéri sa malade. Des recherches sont donc désirables pour élucider ce point de pathologie cutanée et de parasitisme.

C'est aussi par de petits points noirs se mouvant en différents sens que se distinguait l'éruption signalée par M. Rouyer comme nouvelle et non transmissible. Elle a régné presque épidémiquement dans un grand nombre de communes du département de l'Indre pendant l'été de 1866, chez les paysans occupés à rentrer le blé, altéré par l'humidité, comme chez ceux qui couchaient sous les greniers où il était déposé. La

maladie débutait par un prurit très-pénible qui durait seulement quelques heures, la peau rougissait et se couvrait d'une éruption miliaire, puis tout disparaissait spontanément ou avec des lotions vinaigrées après trois à quatre jours.

Or les petits points noirs observés sur la peau des malades ont été retrouvés sur le blé malade et examinés par M. Ch. Robin, reconnus comme les nymphes d'un acarien dont il n'a pas constaté un seul échantillon d'animal parfait (*Soc. de biol.*)

Deux nouveaux parasites du genre *Aspergillus* ont aussi été observés sur la membrane du tympan et décris par M. Wreden. Voy. Tympan.

PATHOLOGIE. *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, par Th. Billroth, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Vienne, traduits de l'allemand par les docteurs Culmann et Sengel, avec une introduction de M. Verneuil, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Un fort volume grand in-8, de 824 pages et 100 figures noires intercalées dans le texte. Paris, librairie *Germer-Baillière.*

Traduit par les mêmes auteurs et publié par le même éditeur que les *Éléments de pathologie interne* de Niemeyer, cet ouvrage en est le pendant et complète ainsi nos connaissances de la manière allemande d'envisager et d'enseigner la pathologie interne et externe, la médecine et la chirurgie. Celui-ci diffère pourtant du premier. Au lieu de la forme régulière, classique, il paraît sous forme de leçons. C'est le professeur parlant à ses élèves, pris sur le fait et comme sténographié, ce qui implique une forme moins sèche et une abondante répétition des pronoms *je*, *nous*, *vous*, etc. Cette forme de causerie entraîne aussi bien des détails qui ne se retrouvent pas dans un traité ordinaire. De là la grosseur, l'abondance de ce volume qui, sauf la part — et elle est assez belle pour s'en glorifier, — faite dans une esquisse historique de la chirurgie française jusqu'à Boyer, Delpech, Dupuytren, Larrey, ne dit pas un mot des ouvrages ni des auteurs français. Ce n'est pas qu'il soit beaucoup plus généreux envers les autres nations ; en général, il est excessivement sobre de citations et de noms propres. Ce n'est pourtant pas sans étonnement que nous voyons l'auteur accorder libéralement, et sans preuves, la palme à l'Angleterre. Scientifiquement parlant, dit-il, au point de vue de la chirurgie *aussi bien que de la médecine*, on peut dire que l'Angleterre l'emporte

aujourd'hui sur tous les autres pays. Cette assertion nous paraît exagérée. Pour le surplus, il reste dans les généralités sans particulariser les faits ni en donner aucun exemple. Les figures aident à l'interprétation du texte et se rapportent toutes à des lésions anatomo-physiologiques et pathologiques révélées par le microscope.

C'est là sans contredit un ouvrage très-savant et, comme celui de Niemeyer, se distinguant surtout par les points de vue anatomo-physiologiques, suivant la doctrine aujourd'hui en si grande faveur au delà du Rhin et qui fait toute la supériorité actuelle de l'Allemagne. Sous ce rapport, il permet de l'apprécier à sa juste valeur. Si la science en est beaucoup avancée, la pratique, hélas ! ne l'est guère, et il ne semble pas que depuis le règne de cette doctrine, on guérisse beaucoup mieux au delà du Rhin qu'en deçà.

Lectures on some of the applications of chemistry to pathology and therapeutics (Leçons sur quelques applications de la chimie à la pathologie et la thérapeutique), par le docteur Bence Jones, médecin de l'hôpital Saint-Georges. L'oxydation du sang étant considérée ici comme la seule cause de la chaleur animale de l'action musculaire, et surtout de l'acte compliqué de la nutrition, les maladies sont divisées en deux classes seulement, comme résultant d'un défaut d'oxydation ou de son excès. Les premières comprennent la diathèse acide, oxalique, urique : gravelle, goutte, xanthique ou cystine ; les effets du refroidissement et les sécrétions et les dépôts graisseux. La seconde classe comprend les inflammations locales et générales, la maladie de Bright, les fermentations et les fièvres. Les maladies mécaniques, produites par des désordres chimiques secondaires, sont les fractures et les luxations. Les médicaments destinés à remédier à ces troubles sont divisés selon qu'ils favorisent ou empêchent l'oxydation et ceux qui augmentent la nutrition. Les malformations sont considérées comme des erreurs de l'organisme, et dues à des actions subtrophiques et pertrophiques.

Tel est l'abrégé de ce système, que l'on peut bien appeler la médecine chimique. Sans pouvoir prédire son avenir, il y a dans ce livre des détails expérimentaux qui méritent d'être connus et soumis à de nouvelles épreuves.

PELLAGRE. Pellagre sporadique. Sans nier l'action

du zéisme, M. Bertet a vu, depuis plus de vingt ans, d'autres causes produire des cas pathologiques sporadiques analogues à la pellagre, dans un pays où elle n'a pas encore été observée. Sur 20 cas, 5 des malades sont morts; 3 se sont suicidés : 2 par submersion et l'autre en se brûlant la cervelle. Avec la triade symptomatique et cette terminaison fatale, le diagnostic est donc justifié.

Les deux cents cas de M. H. Gintrac sont la preuve, pour M. Bouchut, que la pellagre se développe sans maïs. Il croit avoir trouvé le secret de la divergence étiologique, en ce qu'il a vu le blé des moissons humides subir une altération analogue à celle du maïs, une altération spécifique, cryptogamique, parfois spontanée, et donnant ainsi des farines aussi malfaisantes que si elles étaient avariées. Ce fait, parfaitement connu des boulangers, peut donc expliquer des effets analogues. (*Congrès international.*)

On constate, d'ailleurs, des symptômes analogues à la pellagre chez des malades qui n'en sont nullement atteints. Tel celui observé à l'hôpital Necker, service de M. Bouley, en 1865, et raconté par l'interne, M. Gouguenheim, à la Société de médecine et de chirurgie de Paris, le 8 août 1867. C'est une femme de trente-deux ans, née et ayant toujours vécu à Paris dans son ménage et de bonnes conditions hygiéniques, ne connaissant pas même le maïs; il survint de la tristesse, de la mélancolie; dyspepsie, puis érythème de la face dorsale des mains, avec diarrhée. Une agitation morbide se manifeste avec la réapparition de cet exanthème, puis des symptômes adynamiques typhoïdes, et la mort arrive le cinquième jour. L'autopsie révèle une hypertrophie du foie, pâle, mou et friable, comme le docteur Carlo Morelli l'avait déjà observé. (*Union méd.*, n° 141.)

Comme M. Bertet, le professeur Leudet, de Rouen, combat cette assertion exclusive de M. Roussel, que toutes les pellagres non causées par le maïs ne sont que des pseudo-pellagres. Après avoir observé pendant quatre ans une jeune ouvrière de Rouen qui en était atteinte, et qui a succombé à la phthisie pulmonaire, cet observateur rigoureux trouve cette opinion beaucoup trop absolue, et conclut, au contraire, à la réalité d'une pellagre sporadique.

Mais il s'accorde, au contraire, avec lui, pour ne reconnaître que des caractères pellagroïdes à la triade des accidents que les alcoolisés présentent parfois réunis, comme ils les offrent

isolément, c'est-à-dire les troubles intestinaux, si fréquents chez eux, des accidents nerveux que M. Leudet lui-même a contribué à dévoiler (voy. ALCOOLISME et l'érythème. On peut même se poser la question de savoir si cette réunion n'est pas fortuite et si ces caractères ont quelque chose de caractéristique. Quatre nouvelles observations de l'auteur où, dans deux au moins, cette triade reparaît pendant plusieurs années consécutives, au printemps et au début de l'été ne laissent pas de doute sur leur caractère pellagroïde. De là, les conclusions suivantes :

1° On observe dans quelques cas, chez des individus n'ayant jamais fait usage du maïs dans leur alimentation, des accidents complétement analogues à la pellagre ; aussi est-il peut-être prématuré de rayer de la pathologie la pellagre sporadique ;

2° Les gens qui ont abusé des boissons alcooliques sont atteints quelquefois d'un ensemble de symptômes semblables à la pellagre ; aussi la pseudo-pellagre des alcoolisés doit-elle être rangée au nombre des accidents d'alcoolisme chronique ;

3° La pseudo-pellagre des alcoolisés est caractérisée par l'ensemble des symptômes connus sous le nom de triade pellagreuse : érythème, troubles intestinaux, accidents nerveux ;

4° L'existence antérieure de dérangements du système nerveux semble être la condition nécessaire à la production de ces accidents ;

5° La pseudo-pellagre des alcoolisés se manifeste quelquefois à une époque bien antérieure à la cachexie ; ce dernier état n'est donc pas l'antécédent obligé, la cause de cet état morbide ;

6° La pseudo-pellagre des alcoolisés présente parfois des recrudescences vernales pendant plusieurs années successives ;

7° Elle se termine par des affections de la moelle ou par des accidents intercurrents, des convulsions, une tuberculisation pulmonaire, etc. (*Gaz. méd.*, nos 21, 22 et 26.)

PÉRITONITE. *Élimination du pus par l'urine.* Telle est la nouvelle doctrine soutenue par M. le docteur Robert de Latour, contrairement à l'opinion établie, que les globules du pus, plus volumineux que ceux du sang, ne peuvent traverser les capillaires. Sept cas de péritonite observés par lui, et rapportés à des abcès ovariques ou péri-utérins dont le contenu, absorbé sur place ou épanché dans le péritoine par leur rupture, et retrouvé ensuite dans les urines, servent de fondement à cette

surprenante interprétation. Il est donc important de citer les faits sans commentaires pour n'en pas altérer la signification.

I. Dans un premier cas, la malade avait obtenu du calme; les vomissements s'étaient arrêtés immédiatement après l'application de l'enduit imperméable; les douleurs s'étaient fort modérées; les syncopes, qui d'abord se succédaient à de courts intervalles, ne s'étaient plus reproduites; la respiration était redevenue normale, et le pouls, de petit et misérable, avait repris de l'ampleur. Trente-six heures après l'explosion, des accidents éclatent par la fièvre et un frisson suivi de chaleur et de sueurs abondantes, signal de la résorption purulente. Ces phénomènes se renouvelèrent le lendemain et les jours suivants, sans autre complication qu'une urine tellement trouble qu'elle fournissait, au repos, un abondant précipité qui, des deux tiers d'un verre à champagne, se réduisit graduellement, ainsi que les paroxysmes fébriles, et deux mois après la guérison était complète.

Ce succès attira l'attention de l'observateur. L'urine fut soumise à l'analyse chimique par le professeur Bouchardat, et trouvée composée de tous les éléments chimiques du pus, moins les globules. C'était la matière du pus sans son organisation. Ce qui s'accordait avec cette doctrine accréditée que, trop volumineux pour les tubes capillaires, les globules du pus résistent à l'absorption. Mais cette interprétation fut bientôt démentie par le fait suivant.

II. Chez une jeune personne de vingt ans, deux explosions de péritonite, causées par la rupture de deux abcès ovariques dans la cavité abdominale, à huit jours d'intervalle, le pus, mêlé au sang, fut également retrouvé dans l'urine en même temps que se produisaient d'abondantes transpirations. Puis une série de phlébites se manifestèrent successivement dans les membres pendant cette élimination, puis ce furent le bras droit, le sein correspondant et la région environnante qui furent atteints; mais, partout, le mal fut heureusement conjuré par l'application suivie de l'enduit imperméable, et trois mois après la guérison était complète.

L'urine, dans ce cas, fut examinée par le docteur Grassi qui y constata des globules purulents, contradictoirement avec le fait précédent. Mais l'auteur concilia plus tard ces deux résultats opposés, par ses recherches personnelles dans les cas suivants.

III. Chez une jeune femme de vingt ans environ, traitée conjointement avec M. Empis, il s'était développé, après une fausse couche de six semaines à deux mois, un abcès périutérin du côté droit donnant lieu à une tension douloureuse de toute la région pelvienne, et un relief sensible au-dessus de la région inguinale droite. Fièvre, dégoût, anxiété, faiblesse et diarrhée abondante, que les moyens ordinaires, — onguent napolitain, cataplasmes, diascordium et sous-nitrate de bismuth, — n'enrayèrent pas. Les douleurs envahirent même toute la partie antérieure de l'abdomen, traduisant une péritonite légère et partielle sans météorisme ni vomissements. L'enduit imperméable en obtint bientôt raison, et la malade ne conservait plus qu'un peu de douleur aux environs des pubis, sans fièvre, avec appétit, sommeil, et se disposait même à quitter le lit sur l'autorisation de M. Empis, lorsque tout à coup éclate un violent frisson avec claquement de dents qui dure au moins deux heures. La douleur se propage sur-le-champ à tout l'abdomen ; elle envahit les lombes, s'étend jusqu'à la poitrine, et partout avec un haut degré d'acuité. Météorisme, vomissements, garde-robes diarrhéiques involontaires, et, immobilisée par la douleur, la malade se refuse à tout changement. Chaleur peu élevée, pouls précipité, respiration accélérée, irrégulière, anxiété portée à son comble. Évidemment tout se réunit ici pour admettre un épanchement de pus dans la cavité péritonéale, par une rupture d'abcès.

Huit heures déjà s'étaient écoulées depuis le frisson. La prostration était extrême. Une couche de collodion est appliquée sur la peau, des seins au pubis, et portée sur les flancs aussi loin que possible en arrière. Une minute s'écoule, moins d'une minute, car l'enduit n'est pas solidifié encore et déjà la malade annonce, par une exclamation, ne plus souffrir. Sans doute, la phlegmasie n'est pas évanouie ; les douleurs sont encore réveillées par la pression ; le météorisme est encore fort prononcé ; mais ces douleurs persistantes, qui torturaient la malade, sont éteintes ; les nausées, les vomissements, l'anxiété sont apaisés ; tout annonce, pour le moment au moins, avec la pacification du ventre, celle de l'organisme entier. C'est merveille de voir cette malade, dont nous ne pouvions obtenir un instant auparavant le moindre déplacement, se retourner maintenant sur son lit, se mettre sur son séant pour faire enduire de collodion la partie postérieure du tronc, exécuter enfin tous les mouvements

qu'exige le changement de linge et la translation d'un lit à un autre. Un peu de bouillon et des boissons adoucissantes jusqu'au lendemain matin.

Quand la péritonite se rattache à une cause passagère, impression du froid ou autre ; ou même à une inflammation chronique des ovaires, ce qui est l'étiologie la plus ordinaire, l'apaisement qui suit l'emploi de l'enduit imperméable ne se dément pas un seul instant. Il n'en pouvait être ainsi dans ce cas. A peine le calme était-il obtenu que déjà commençait la résorption purulente, phénomène qui s'annonça, la nuit même, par une fièvre ardente, une excessive agitation et une insomnie indomptable. Une température s'élevant de 40 à 41 degrés centigrades, exprimant une profonde altération du sang, fortifiait encore le diagnostic étiologique spécial de ce cas, dont l'explosion subite faisait soupçonner un épanchement purulent dans la cavité abdominale. Le dépôt purulent, qui devait en traduire l'élimination, se retrouva, en effet, pendant un mois, dans l'urine. Comme dans les deux exemples précédents, des sueurs profuses continues marquèrent tout le temps cette élimination, à laquelle elles contribuent sans doute. Deux nouveaux abcès qui, au lieu de s'ouvrir dans le péritoine, s'ouvrirent consécutivement une issue, l'un par les voies génitales, l'autre par le rectum, vinrent justifier la réalité du premier.

A posteriori, l'insuccès du sulfate de quinine contre les paroxysmes quotidiens de cette élimination en prouve le caractère organique ; ils ne cessent qu'avec la dépuration même, et toute la thérapeutique se borne, dans ces cas, à une alimentation modérée et réparatrice pour soutenir les forces et attendre le rétablissement.

Tels sont les trois faits que l'auteur considère comme des exemples de rupture d'un abcès dans la cavité abdominale. L'explosion soudaine de la phlegmasie, la généralisation immédiate du mouvement morbide dans tout le péritoine, l'intensité extrême des symptômes et la précipitation des accidents en sont pour lui des caractères non douteux. — Si, dans les suivants, il y eut dépôt purulent, élimination du pus une fois l'inflammation conjurée par le collodion, l'épanchement fut plus restreint et ne vint qu'augmenter l'inflammation qui existait déjà dans les ovaires ou les tissus environnants.

IV. Une jeune fille, ayant subi cinq atteintes de péritonite en trois ans par les efforts insuffisants de la menstruation, et

toujours victorieusement jugulées par l'emploi immédiat de l'enduit imperméable, vit, au contraire, les accidents s'aggraver à la sixième par le retard apporté à l'emploi de ce moyen. Déjà l'abdomen était fort tendu, avec douleur vive partout, vomissements incessants, pouls remarquable de petitesse et d'une excessive fréquence. Une large ceinture de collodion, appliquée sur-le-champ, arrête promptement le mal dans son ascension, mais sans le faire disparaître entièrement le jour même, comme aux précédentes attaques. Quarante-huit heures sont nécessaires à l'apaisement définitif de tous les phénomènes morbides, généraux et locaux.

A cinq mois de là, nouvelle péritonite prenant, comme d'ordinaire, son point de départ dans les deux régions ovariques et se généralisant rapidement à toute la séreuse abdominale. Mêmes symptômes : tension et douleur du ventre, petitesse et fréquence du pouls, vomissements, anxiété, oppression, etc. De plus, un caractère non encore observé est un relief douloureux à la région iliaque droite, indiquant un abcès déjà tout formé, soit dans l'ovaire, soit dans les tissus environnants. En conjurant l'inflammation par le collodion, on trace à la collection purulente ses dernières limites en arrêtant la formation de nouveaux produits, et l'on rend aux conditions normales de l'absorption les tissus au sein desquels l'abcès a pris naissance : car on sait, depuis les expériences de Magendie, que cet acte physiologique s'accomplit difficilement dans les parties enflammées. Tous les symptômes s'apaisèrent en effet assez promptement, le météorisme s'effaça et la douleur s'éteignit. Mais la fièvre persista, ainsi que la saillie douloureuse de la région iliaque. La fièvre, à dater du troisième jour, se marqua par des paroxysmes accompagnés d'abondantes transpirations. Ainsi s'annonçait le travail de résorption que le précipité urinaire acheva de démontrer.

Une consultation fut provoquée avec MM. Trousseau et Danyau, afin de savoir si nous ne nous trouvions pas en présence d'une imperforation, soit du vagin, soit de l'utérus lui-même. Cette question fut résolue négativement par une double constatation, et le diagnostic posé fut entièrement confirmé : le professeur Trousseau s'assura, par le toucher anal combiné avec la palpation abdominale, de la présence d'une collection purulente à droite de l'utérus ; mais là s'arrêta la conformité d'idées. Accueillant par un sourire l'opinion que l'absorption

achèverait de faire justice de la collection purulente constatée, il prétendit que le produit morbide s'ouvrirait un passage inoffensif par l'intestin, la vessie ou le vagin. Mais ces voies ordinaires d'expulsion tracées au pus, le pus ne les a point suivies, et le double travail de résorption et d'élimination qui, du reste, avait déjà commencé, se termina, ici comme ailleurs, en peu de jours, par la chute de la fièvre, la cessation des transpirations et le rétablissement des caractères normaux de l'urine. Trois mois après ces faits, la menstruation se dessinait sans le moindre accident et tout naturellement, comme si aucun précédent fâcheux ne se fût produit.

Si la science n'a jamais constaté de si nombreuses récidives de péritonite à l'occasion des premiers efforts de la menstruation, la raison en est que, manquant de puissance, les traitements accrédités laissent à la mort seule le soin de limiter le chiffre des explosions. La médication isolante a certainement empêché cette jeune personne de succomber aux premières atteintes, et c'est à la haute vertu de ce traitement que cet exemple remarquable doit d'être inscrit aujourd'hui dans les archives de l'art.

V. Une femme de trente-six ans, domestique, avait supporté pendant six mois, sans en parler, toutes les souffrances attachées à l'ovarite subaiguë, douleurs pelviennes et lombaires, fréquents malaises accompagnés de maux de cœur, fatigue croissante, impossibilité de se tenir debout sans éprouver aussitôt un sentiment de défaillance. Un frisson éclate tout à coup, suivi de chaleur une heure après et coïncidant avec de vives douleurs abdominales, météorisme énorme, vomissements, oppression et vive anxiété. On réclame provisoirement les soins d'un médecin du voisinage. La péritonite, ne laissant aucune incertitude, fut combattue, selon les errements en faveur, avec onctions mercurielles, cataplasmes laudanisés, lavements opiacés et boissons adoucissantes. Le lendemain matin, vomissements incessants, prostration extrême, pouls à 120, température du corps à 38 degrés, douleur excessive de tout l'abdomen et météorisme énorme n'empêchant pas néanmoins de constater un relief vers la région iliaque droite, relief plus douloureux encore que les autres points de l'abdomen, d'un diamètre de 15 centimètres environ. Au double toucher vaginal et anal, sensation d'une masse assez dure et d'une extrême sensibilité. Un abcès était donc dans le tissu cellulaire péri-utérin, ou plutôt dans l'ovaire lui-même.

A ne compter que sur les ressources mises d'ordinaire en usage, le pronostic était des plus fâcheux et le médecin, consulté la veille et le matin encore, n'avait pas, à cet égard, ménagé l'expression de son sentiment. Cependant une couche de collodion est immédiatement appliquée sur toute la circonférence du corps, des seins au pubis, des omoplates au sacrum ; et en même temps 15 grammes d'huile de ricin sont administrés pour dompter la constipation, donner cours aux gaz intestinaux et modérer ainsi le météorisme. L'effet de la médication est prompt, comme toujours, mais incomplet, et la région iliaque droite reste encore douloureuse au toucher. La résorption purulente se manifesta comme d'habitude : le mouvement morbide dura cinq semaines ; chaque jour se dessinait un paroxysme fébrile dont l'intensité se mesurait chaque jour par 40 degrés ou 40°,15 de température, et chaque jour la présence du pus était constatée dans l'urine. Quant à la transpiration, elle ne cessa pas un seul instant ; le léger frisson qui précédait la chaleur fébrile ne l'interrompait même pas, c'était un bain incessant ; cette femme partit six semaines après l'explosion de la péritonite, quitte de la fièvre depuis huit jours, et l'urine exempte en même temps de tout dépôt ; mais conservant encore un peu de douleur vers la région iliaque, où l'on sentait un corps assez résistant tel que le présente l'ovaire en proie au travail d'une inflammation chronique de date ancienne.

VI. Une dame de quarante-trois ans, encore bien réglée, mais qui avait souffert des ovaires dix ans auparavant, sentit de la douleur aux lombes et dans l'abdomen, lorsqu'un mois après le frisson éclate avec un accroissement de la douleur qui force à garder le lit. Elle attend cependant à demander du secours. Dix-huit heures après, l'abdomen était démesurément élevé, douleur vive et générale surtout à la région iliaque gauche, où se dessinait un relief du diamètre de 15 centimètres environ. Nausées, vomissements, anxiété, fréquence du pouls, oppression et abattement extrême malgré les cataplasmes laudanisés et une application imparfaite et insuffisante de collodion. En l'appliquant largement, les accidents se calmèrent bientôt comme dans les cas précédents, mais pour que la résorption purulente et l'élimination se manifestassent ensuite avec non moins de régularité.

VII. Dame de quarante-deux ans, mal portante, atteinte d'une péritonite aiguë généralisée et dissipée par l'enduit imper-

méable ; la résolution en était complète le troisième jour. Mais il restait une ancienne ovarite s'accusant de chaque côté par une saillie douloureuse, tendue comme un gros œuf, source de la péritonite. Tout à coup, elle est prise de frisson avec chaleur, d'une transpiration abondante, et d'une excrétion d'urine sédimenteuse. C'était le premier accès, signe de la résorption et de l'élimination du pus, et qui se renouvela les jours suivants pendant plus de six mois à des degrés variables. Mais plus était violent le paroxysme fébrile, plus était copieux le sédiment urinaire ; de telle sorte que chaque matin on pouvait par celui-ci juger de celui-là. A la température du corps aussi, qui était de 40° 5' ou 41 degrés centigrades, on prévoyait avec certitude que l'urine de la nuit fournirait de nombreux globules de pus.

Quant à ce pus, des recherches personnelles de l'auteur, il est résulté que les globules en sont rares et souvent nuls à l'examen microscopique, quand le dépôt purulent est délayé dans une trop grande quantité d'urine ; tandis qu'ils sont d'autant plus nombreux que l'on a eu soin de concentrer davantage le précipité. Il a pu ainsi y constater une grande quantité de globules purulents en laissant reposer l'urine pendant vingt-quatre heures dans une éprouvette et en la décantant sans l'agiter, avec un petit tube de plomb recourbé en siphon et rempli d'eau pour produire l'aspiration. D'où il conclut contre l'opinion établie que, malgré leur volume supérieur, les globules du pus sont reçus dans les capillaires sanguins et traversent, en conservant leur organisation, non-seulement ceux qui les livrent à la circulation générale, mais le réseau pulmonaire qui les engage dans le département artériel, et celui du rein qui les pousse au dehors avec l'urine. Ce n'est donc pas, d'après M. Robert de Latour, le globule qui est ici détruit ou désorganisé, mais le principe, l'organisation, qui relie tous les éléments du pus et lui donne cette homogénité d'apparence crémeuse. Après avoir parcouru toute l'étendue de l'appareil circulatoire, il sort de l'organisme entièrement désagrégé et comme pulvérulent. Et ajoute l'auteur : c'est sans doute pour avoir perdu cette organisation que, franchissant librement les divers réseaux capillaires, le pus résorbé ne forme d'abcès métastatiques nulle part. En prenant naissance dans les veines, au contraire, par leur inflammation, il se trouve tout engagé dans la circulation avec son organisation crémeuse, et c'est alors que ne pouvant s'introduire dans les tubes capillaires

du poumon, il s'arrête et séjourne dans cet organe, en collections plus ou moins multipliées. Si parfois ces abcès métastatiques se développent en d'autres parties du corps, c'est que le pus a rencontré quelque communication directe des veines aux artères, de manière à éviter le poumon, qui en est le siége de prédilection. (*Union méd.*, n°s 55, 61, 63 et 66.)

Si ingénieuse que soit cette interprétation, il faut bien reconnaître que ce n'est que cela et non une démonstration scientifique. Les observations à l'appui n'ont même pas toute la rigueur, la précision exigée aujourd'hui. L'honorabilité, la sagacité du praticien, y suppléent, il est vrai, et quand ces faits ont été vus, contrôlés par des observateurs aussi scrupuleux et savants que MM. Trousseau, Danyau, Empis et d'autres praticiens, on est bien obligé d'admettre la réalité de ces collections purulentes dans l'ovaire ou le voisinage de l'utérus. Dans quatre cas, suivant l'auteur, le pus a été observé sur place, après que la chute rapide de l'inflammation du péritoine par les enduits imperméables avait rendu cette absorption possible. Dans les trois autres, il s'est épanché dans le péritoine par la rupture de l'abcès. Les lecteurs ayant tous les détails cliniques des faits sous les yeux pourront juger et se faire une opinion à cet égard. Ce n'est pas avec des assertions, des affrmations, que l'on fait aujourd'hui la science, mais avec des observations exactes et précises. Nous les voudrions, quant à nous, plus complètes. Un abcès de l'ovaire ou péri-utérin ne se soupçonne plus, il se démontre par les explorations physiques, manuelles. Peut-il d'ailleurs se former sans se révéler par une série de symptômes aigus que l'on ne trouve pas décrits avant l'explosion subite de la péritonite, signe de sa rupture ou de sa résorption? Ces observations ne nous paraissent donc pas concluantes?

Il en est de même de cette nouvelle théorie de la résorption et de l'élimination du pus par les urines et les sueurs. Que le pus ait été trouvé, constaté, dans les urines des malades, il n'y a pas de doute, mais comment s'y trouve-t-il? d'où provenait-il? pas un mot de recherches à cet égard! On ne dit pas si ces femmes étaient atteintes de leucorrhée, de vaginite, de catarrhe utérin ou de vessie, ou de quelque autre maladie produisant du pus, qui aurait pu ainsi se mêler à l'urine avec ou sans globules.

L'ouverture des abcès, s'il en a existé, eût aussi pu se faire

directement dans la vessie, et l'auteur a oublié de s'en préoccuper. Pas un mot à cet égard. Ce sont pourtant là des objections qui devaient se présenter à son esprit et qu'il eût dû résoudre pour rendre sa théorie admissible. De nouveaux faits plus complets sont donc indispensables sur ce sujet.

Péritonite traumatique. — Voy. Ovariotomie.

PHARMACIE. Par un arrêté du 30 novembre 1867, le ministre de l'Instruction publique : vu les articles 14 et 24 de la loi du 21 germinal an XI; l'article 17 du décret d'administration publique du 22 août 1854, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur; l'article 3 du réglement du 23 décembre 1854 ; et le Conseil impérial de l'instruction publique entendu, a abrogé l'article 3 du règlement sus visé, portant qu'aucun pharmacien de 2e classe ne pourra être reçu pour les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin. A l'avenir, ils pourront y être reçus et s'y établir.

PHIMOSIS. Complication fréquente de l'épilepsie, suivant M. Althaus. — Voy. Épilepsie.

Traitement. Craignant les conséquences de la division de l'anneau constricteur dans un phimosis syphilitique, le docteur Elliot Cones, chirurgien de l'armée des États-Unis, tenta la dilatation en introduisant les branches d'une pince ordinaire entre le prépuce et le gland. Ayant obtenu une certaine dilatation en les écartant doucement pendant quelques minutes, il laissa l'instrument en place, recommandant au malade d'exercer une certaine force graduelle en écartant les branches et en lotionnant les parties d'eau tiède. Trois heures de ces manipulations triomphèrent de l'obstacle en découvrant deux chancres mous qui furent ainsi traités efficacement.

Ce succès a fait imaginer un petit instrument simple pour mieux remplir cette indication et obtenir sans force une dilatation graduée. C'est tout simplement une pince courte à deux branches, dont l'extrémité mousse est élargie et légèrement convexe en dehors et concave en dedans, s'écartant l'une de l'autre par un pas de vis sortant d'une branche et s'arc-boutant contre l'autre, où elle se fixe (*Med. and surg. Reporter.*)

Ce procédé peut donc rendre des services quand les malades

pusillanimes refusent le débridement, ou qu'il y a lieu de craindre que l'incision ne s'ulcère.

Nouvelles pinces. Ces instruments ont surtout pour but d'enlever la même quantité de peau et de muqueuse, et d'opérer en un seul temps. A cet effet, M. Ricord faisait une raie à l'encre sur le prépuce et passait une aiguille dont la pointe était masquée par une petite boule de cire; mais, malgré ces précautions, on ne peut pas toujours y parvenir.

M. Panas obtient ce résultat avec deux pinces, dont la forme est celle d'une pince à disséquer; la première porte, au milieu de ses branches, une vis qui permet de les serrer au degré voulu; et à l'extrémité des branches se trouve une petite pointe qui peut se monter ou se descendre à volonté. La seconde pince, beaucoup plus longue, a une longue fenêtre dans ses deux branches, et à l'extrémité se trouve un pas de vis qui permet de les comprimer autant que l'on voudra.

Pour opérer le phimosis, on introduit une des extrémités de la première pince entre le prépuce et le gland, jusqu'au point que l'on veut enlever : on ferme la pince, puis on fait glisser la petite pointe; de cette façon, la peau et la muqueuse sont bien saisies. On place alors, en arrière de cette pince, les branches de la seconde, que l'on fait serrer au moyen de la vis de pression, puis on passe le bistouri à l'extrémité de la fenêtre, et en le conduisant d'arrière en avant, on sectionne tout le prépuce.

Après l'opération, M. Panas place quelques serres-fines qu'il laisse pendant douze heures, et au moyen de ce procédé il obtient de fort beaux résultats, dans lesquels il n'y a pas à craindre de voir couper l'artère du frein. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Pour une si petite opération, c'est là un appareil aussi compliqué qu'effrayant; l'habileté consiste à obtenir un résultat passable avec un simple bistouri ou des ciseaux. Il suffit de tirer à cet effet la peau du prépuce en arrière et d'enfoncer le moins obliquement possible la pointe du bistouri pour le diviser de dedans en dehors et d'arrière en avant.

PHLÉBOSTASIE. Nom donné par M. Butcher à un mode particulier de ligature de la veine fémorale. — Voyez AMPUTATION.

PHOSPHORE. *Essence de térébenthine.* En Angleterre, dit M. Letheby, dans la fabrique d'allumettes chimiques de Black et Bell à Strafford, on conjure les dangers provenant de l'inhalation des vapeurs de phosphore en tirant parti de la propriété que possède l'essence de térébenthine de s'opposer à la combustion spontanée de ce métalloïde. A cet effet, les ouvriers attachés au *chimicage* et au *trempage* portent, ouvert sur la poitrine, un vase de fer-blanc qui contient de l'essence de térébenthine. Il a suffi de cette précaution fort simple pour réduire, dans une énorme proportion, les cas de nécrose et autres affections propres aux ouvriers des fabriques d'allumettes, si bien qu'il s'agirait maintenant de prescrire l'usage de cette essence dans tous les établissement de ce genre.

PHOTOPHOBIE. Deux cas en ont été observés par M. le docteur H. Lacaze, de la Réunion, sans qu'il ait été possible de constater aucune altération matérielle pouvant en rendre compte. C'était chez une petite fille de quinze ans, mal réglée, nerveuse, avec exaltation religieuse, qui, malgré divers médications, n'avait pas obtenu de soulagement. Elle ne pouvait supporter ni le jour ni la lumière artificielle. Aucune trace extérieure de congestion, l'iris est d'un noir velouté et la pupille, assez dilatée, se contracte modérément: sensibilité dans la région utérine. Les antispasmodiques et les ferrugineux restant sans succès, un changement de climat fut prescrit aux eaux alcalino-ferrugineuses de Salazie et dès lors, avec l'appétit revinrent la régularité des menstrues et l'état naturel de la vue. Il en fut de même chez une demoiselle de trente-six ans, délicate, nerveuse, impressionnable, d'une faible santé et dont l'horreur de la lumière était telle qu'on ne peut l'imaginer. Menstrues irrégulières, appétit difficile, idées religieuses dominantes, exaltées. Elle se tient dans une chambre complétement noire avec un double bandeau sur les yeux. Divers traitements ont été employés vainement, le fer a toujours nui et cependant par un long séjour aux eaux ferrugineuses de Salazie, cette photophobie extrême disparut. (*Union méd.*, n° 3.)

En rattachant avec timidité cette sensibilité rétinienne à l'hystérie, l'auteur a fait preuve d'un vrai tact de praticien, et le succès du changement de lieu justifie parfaitement son diagnostic. Les hyperesthésies comme les paralysies hystériques sont d'ailleurs assez fréquentes et assez protéiformes pour ad-

mettre que la rétine puisse y participer. Ce sont donc là deux exemples qui peuvent servir de point de départ et d'enseignement à des observations ultérieures.

PHTHISIE. Pathogénie. Depuis que l'anatomie pathologique et le microscope, tant mis à contribution par l'école allemande, Virchow entre autres, ont montré que des produits de nature diverse, comme les indurations pulmonaires consécutives à la bronchite, la pneumonie et autres phlegmasies pulmonaires, d'anciens noyaux cancéreux, des glandes bronchiques, des infarctus hémorrhagiques, des dépôts de pus enkysté n'ayant pas le moindre rapport avec le tubercule, subissent comme lui la métamorphose caséeuse, la doctrine française de Laennec, faisant de celle-ci un des caractères spécifiques du tubercule ou de la granulation miliaire qui en est l'origine, a été ruinée dans ses fondements. L'infiltration tuberculeuse basée sur ce critérium de la transformation caséeuse n'est plus ainsi qu'un mythe. Suivant l'école allemande, tout ce qui a été écrit sous ce titre est simplement le produit d'une pneumonie chronique, spécialement d'origine catarrhale suivant Niemeyer.

La fréquence de la tuberculose, du tubercule miliaire qui en est l'unique espèce, est donc beaucoup plus rare qu'on ne l'admettait. Beaucoup de formations pathologiques, qui, au premier aspect, en imposent pour des tubercules miliaires et qui auraient passé pour tels autrefois, se révèlent à un examen plus approfondi comme des bronches coupées transversalement avec un contenu caséeux ou comme des alvéoles à parois épaissies et infiltrées de matière caséeuse. On arrive ainsi à reconnaître, dans beaucoup de cas, l'absence de tout tubercule dans les poumons phthisiques, et Virchow est allé jusqu'à soutenir que presque tous les prétendus tubercules miliaires des poumons ne sont que des noyaux pneumoniques et péribronchiques. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 49, 1866.)

En démontrant cette métamorphose caséeuse des indurations et des altérations pulmonaires, dont la pneumonie indurée et destructive est la cause exclusive, l'école allemande prétend avoir ruiné du même coup les deux autres propositions fondamentales de la doctrine française ; à savoir : que la phthisie, maladie constitutionnelle, ne saurait jamais se développer à la suite d'une pneumonie aiguë ou chronique, d'une hémorrhagie bronchiale ni d'un catarrhe négligé, et que toute phthisie dépend

d'une espèce particulière de production accidentelle, et les cavernes pulmonaires du ramollissement et de l'élimination de ce néoplasme. Pour l'éclaircissement de ces nouvelles données, on consultera avec fruit le *Traité de la granulie*, de M. Empis ; les *Éléments de pathologie interne*, du professeur Niemeyer, traduction française ; et surtout la savante étude anatomo-clinique sur la *Phthisie pulmonaire*, de MM. Hérard et Cornil, librairie *Germer Baillière* (voy. *Année* 1866). Mais, évidemment, elle s'attribue ici des victoires trop faciles. La première seule lui appartient légitimement, et elle est assez grande pour suffire à sa gloire : c'est la découverte de la transformation caséeuse de diverses dégénérescences pathologiques, autres que le tubercule, et qui, en donnant lieu à des signes analogues et à la même terminaison, peuvent être confondues avec lui. Telle fut l'erreur capitale de notre Laennec, et il faut lui pardonner, car il n'avait pas le microscope pour s'en garantir. Les deux autres n'en sont que les corollaires. Sous le titre générique de phthisie, il sous-entendait ainsi la tuberculose spécialement, en croyant qu'elle seule était passible de la métamorphose caséeuse. De là sa proposition, que toute caverne pulmonaire était tuberculeuse et que toute phthisie, c'est-à-dire toute tuberculose, était constitutionnelle, idiopathique, et ne pouvait se développer à la suite de pneumonie, bronchite ou catarrhe, c'est-à-dire sans la diathèse tuberculeuse préexistante, indépendante, car la phthisie pulmonaire, tuberculeuse ou non, succédant à ces affections, est d'observation journalière. Sous ce rapport donc il avait raison, car on ne saurait soutenir que celles-ci engendrent la granulation miliaire ou la tuberculose, et que celle-ci y succède jamais sans la diathèse antécédente. Mais la base de ce raisonnement logique, rigoureux, manquant, le reste ne pouvait résister, et s'écroula inévitablement.

La tuberculisation, pour M. Pidoux, si elle n'est pas semblable à la suppuration, est identique, parallèle dans son processus. L'élément inflammatoire et la fièvre y auraient ainsi la plus grande part, et l'hémoptysie ne serait elle-même qu'une des manifestations de l'irritation tuberculeuse des capillaires pulmonaires. Pourtant, ce n'est qu'un élément de la maladie elle-même. C'est une inflammation spéciale déterminée par l'altération plastique. C'est ainsi qu'en éliminant les indurations lentes du poumon, le sclérème du tissu conjonctif intervésiculaire, il n'y a pas de pneumonie chronique, suivant lui, qui ne

soit liée à la phthisie tuberculeuse. Le tubercule n'est pas une sorte de parasite, comme l'enseignait Laennec ; il se forme en nous et de nous. Or, comme le pus, sa formation suscite très-facilement l'inflammation et la fièvre, et d'autant plus naturellement que, pauvre en elle-même et privée de vaisseaux, cette néoplasie emprunte tous les éléments de son activité morbide aux vaisseaux afférents, contrairement au cancer, qui a des vaisseaux à lui, une organisation complète et tout ce qu'il faut pour vivre par lui-même, une texture, une circulation et de la sensibilité; il n'emprunte à l'organisme qu'un liquide plasmatique qu'il s'assimile pour vivre : *Sicut animal in animali.* Le tubercule a une vie courte et misérable, comme dit Virchow. Il ne vit presque pas en lui-même, ni de lui-même. Semblable à un ferment, il excite autour de lui toute l'activité pathologique qui n'est pas en lui. Le pus est la seule production morbide qui vive et meure plus rapidement encore, et dont le processus agisse, plus encore que le sien, sur les parties ambiantes, à la manière d'un ferment. La tuberculisation, comme la suppuration, excite ainsi une circulation morbide ou une congestion vasculaire pour compléter sa vitalité si chétive, et, après l'avoir excitée, il s'en approprie, s'en assimile les matériaux. Elle constitue donc une véritable inflammation tuberculeuse, car, en raison de son absence de texture et de vaisseaux, le tubercule est aussi naturellement inflammatoire que le pus. Or, de l'inflammation à la fièvre, il n'y a qu'un pas. (*Union méd.*, n° 59.)

La confusion nous semble ici trop évidente pour ne pas être signalée. Le pus est une conséquence de l'inflammation, tandis que le tubercule y préexiste. La différence est donc complète et la comparaison fausse. Sa base n'a pas de développement possible

Contre la nouvelle théorie doctrinale de M. Villemin, conséquence de ses inoculations, que la phthisie est virulente, spécifique et contagieuse et que pour cette affection la semence est tout et le terrain rien, M. Pidoux a soutenu et démontré le contraire, c'est-à-dire que le terrain est tout, la semence rien (Voy. Tuberculose). Il l'a montrée successivement se développant selon les trois ordres de causes qu'il lui assigne sous l'influence de conditions générales antihygiéniques comme la misère, le froid, la grossesse, l'état puerpéral, l'allaitement, après la rougeole, la coqueluche, le diabète. Reproduisant ses

idées sur la transformation en phthisie de certaines maladies chroniques, usées, modifiées, dégénérées, notamment l'arthritisme et la scrofule avec lesquelles elle est presque antagoniste à l'état aigu, il ruine ainsi le système de M. Villemin. Ces causes diverses, générales, excluent radicalement en effet la réalité d'une cause spécifique ou virulente. (*Acad. de méd.*, decembre.)

Étiologie. Pour M. Lebert, le tubercule n'est point la cause de la pneumonie qui l'accompagne ; au contraire, celle-ci l'a précédé, et il s'est formé sous son influence. C'est la doctrine de Broussais rajeunie. La granulation grise semi-transparente, le tubercule serait un simple produit inflammatoire secondaire, et métastatique parfois. Le degré de vitalité, de résistance, déciderait seul de sa formation. (*Acad. des sc.*, juillet.)

Mais alors, c'est une pneumonie spéciale, tuberculeuse, puisqu'elle produit le tubercule et que les autres n'y donnent pas lieu. Cette opinion, diamétralement opposée à celle de Virchow, adoptée par MM. Hérard et Cornil, se rapproche de celle de MM. Empis et Robin, mais diffère encore partiellement de celle de Niemeyer considérant la phthisie aiguë au moins comme primitive. Au lieu de la lumière, c'est donc le chaos de plus en plus profond sur cette question insoluble, car il y a, à n'en pas douter, autant d'effets que de causes à distinguer ici, et ils sont nombreux. En voulant les ramener tous au même type, on diffère sans cesse d'opinion, suivant l'exemple ou les exemples qui ont le plus frappé ; on discute en vain sans avancer en rien le traitement.

Rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Ce serait là, suivant le même auteur, une cause de tubercules pulmonaires. Dans ses recherches nécropsiques sur cette affection, il a réuni vingt-quatre cas où ces deux altérations coïncidaient à des degrés divers. De dix à vingt-cinq ans, c'est une des causes les plus importantes dans le rétrécissement pulmonaire. La marche rapide est rare; le plus souvent elle est lente, progressive, et dure des années. Les hémoptysies et l'invasion du poumon gauche en sont des caractères différentiels. C'est donc là un sujet bien digne d'intérêt au point de vue de l'étiologie de la tuberculose pulmonaire. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Climats. La facilité avec laquelle la plus simple bronchite devient tuberculeuse est un des faits les plus saillants de la pathologie de la Guyane française, dit M. le docteur Riou Kérangal, médecin en chef. Sous ce climat, comme sous celui des Antilles et de toutes les régions intertropicales, une remarque qui est rarement en défaut, c'est que la phthisie accomplit son évolution très-rapidement chez les jeunes gens, tandis que plus tard, et notamment chez les malades de quarante-cinq à cinquante ans, elle reste pour ainsi dire stationnaire et ne progresse qu'avec lenteur et sans gravité immédiate (*Rapport de* 1866). Cette remarque prouve bien qu'il ne faut pas généraliser l'action des climats sans l'avoir observée, comme on ne l'a que trop fait jusqu'ici.

En se plaçant à un point de vue trop étroit, des auteurs ont admis contradictoirement certaines causes à l'exclusion d'autres. M. le docteur Dropsy, de Cravovie, où l'air est pur, le sol fertile, l'eau délicieuse, la température modérée, repousse ainsi l'action du climat sur le développement de la tuberculose pour l'attribuer exclusivement à une nourriture insuffisante. Il cite à l'appui les Juifs de ce pays, qui ne mangent presque rien et dont la nourriture ne revient pas à plus de 10 centimes par jour, et qui sont presque exclusivement décimés par la phthisie vers dix-neuf à vingt ans, alors qu'ils se marient de seize à dix-huit.

Après une enquête dans les 325 villes du Massachusetts, M. le docteur Bowdictch, de Boston, conclut, au contraire, que l'humidité seule en est la cause. Il en trouve la preuve dans l'amélioration des malades par le transport dans un lieu plus sec, où les habitants sont presque à l'abri de la phthisie, et surtout dans la sécheresse de tous les lieux vantés comme stations climatériques. (*Congrès intern.*)

Cette dernière assertion suffit à faire juger de l'exactitude des autres. Il est évident que dès qu'une cause nocive est en puissance et prédomine dans un lieu, elle suffit à y faire naître et germer le mal. Mais ce n'est pas une raison pour nier et méconnaître l'influence des autres, qui, ailleurs, agissent de même, ensemble ou isolément, comme le démontre l'expérience.

C'est ainsi qu'en constatant la mortalité par phthisie à l'hôpital de la Croix-Rousse, de Lyon, de 1862 à 1866 inclusivement, M. Chatin s'est convaincu qu'elle atteint le tiers de la mortalité générale, proportion au-dessus, par conséquent, de celle de tous les hôpitaux des grandes villes de France et de l'étran-

ger. Elle frappe en notable proportion les ouvriers tisseurs, et surtout les tisseuses et les dévideuses en soie, ce qu'il attribue au trouble que l'apprentissage apporte à l'établissement de la menstruation. Logées, ou plutôt entassées dans les petites maisons de dévidage, où elles couchent dans des soupentes obscures, humides, mal nourries, elles ne respirent qu'une proportion très-insuffisante d'oxygène, n'ont qu'une hématose incomplète qui détermine des troubles profonds dans la respiration et la nutrition, qui les conduisent rapidement à la phthisie. Ainsi, sur 771 décès de ce chef, on compte 105 dévideuses et 164 tisseuses qui n'avaient pas dépassé 15 à 25 ans. Il demande donc une réforme à cet égard dans l'âge de l'apprentissage, la durée du travail et les conditions hygiéniques. Mais M. Chabalier montre que l'encombrement, la nourriture végétale, le défaut d'air et d'exercice, sont des conditions générales suffisantes à engendrer la phthisie, et qu'il n'est guère au pouvoir de l'administration de réformer. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, août.)

Inoculation. Par une exception qui ne s'était pas encore montrée dans les expériences faites jusqu'ici, c'est dans les ganglions mésentériques que M. Genaudet a rencontré les tubercules à l'exclusion des poumons, de la plèvre et du péritoine. Le fait est unique, il est vrai, et rien ne dit que ce ne soit pas là une simple coïncidence. Si la tuberculisation est l'effet direct de l'inoculation, c'est une exception à la loi de M. Louis, qui assigne aux poumons le lieu d'élection de la tuberculose. Il n'a donc pas autrement d'importance puisqu'il confirme les succès de l'inoculation. (*Journ. de méd. de Lyon*, janvier.)

Pour le surplus des détails de ces expérimentations, voy. TUBERCULOSE.

Transmissibilité. Les succès de l'inoculation du tubercule ont rappelé les idées anciennes sur sa transmissibilité, pour ne pas dire sa contagion. M. Guibout a cité 4 faits de tuberculisation de la femme après la mort du mari tuberculeux, et M. Bruchon, professeur à l'École de médecine de Besançon, sur 10 cas cités dans un mémoire sur la transmission de la phthisie par la cohabitation, 9 fois les femmes n'ont également succombé qu'après le mari, atteintes après l'accouchement et souvent la mort de leurs enfants. (*Soc. méd. des hôp. de Paris.*)

Il y a certainement des précautions à prendre en pareil cas. L'haleine, les sueurs, sont loin d'être saines, ce qui rend la cohabitation dangereuse; mais il y a loin de là à la contagion. Si les femmes sont plus fréquemment atteintes, c'est que, comme l'a dit justement le docteur Bertet, elles n'ont pas plus de réserve dans leurs soins de tous les instants que dans leurs rapports, leurs affections : elles se donnent corps et âme sans restriction. Il y a aussi plus de dangers pour elles à moins qu'une vitalité très-grande, une force de résistance les prémunisse contre ces effluves malsains. (*Congrès internat.*)

Nosologie. Avec les récentes découvertes amenées par le microscope sur les altérations des éléments anatomiques dans la phthisie, une nouvelle classification des variétés de cette maladie est indispensable, comme du temps de Sauvages, pour se reconnaître dans la multiplicité de ses espèces morbides. Tout en se défendant de vouloir introduire une nomenclature définitive, le professeur A. Clark propose la suivante, basée sur les principaux caractères anatomiques, dans ses dernières leçons faites au Collége des médecins de Londres.

Phthisie spécifique ou granulo-tuberculeuse : Granulation grise vraie ; tubercule pigmentaire, fibreux ou cellulaire.

Phthisie scrofuleuse ou épithéliale : Tubercule jaune primitif ; accumulation et dégénérescence crémeuse; désagrégation des cellules épithéliales.

Phthisie catarrhale ou bronchique : Ulcération des bronches avec dépôts fibroïdes et cellulaires adjacents, et dégénérescence crémeuse.

Phthisie pneumonique : Désagrégation des dépôts récents ou anciens dans la pneumonie vasculaire, lobaire ou lobulaire primitive ou secondaire, simple ou scrofuleuse.

Phthisie fibreuse (*cirrhose, pneumonie chronique ou interstitielle*) : Dépôts fibroïdes avec dégénérescence crémeuse de portionsde poumon résultant d'une irritation mécanique, comme chez les rémouleurs, les maçons, les mineurs, d'une inflamma-

tion rhumatismale du tissu interlobulaire, d'une pleurésie chronique ou d'un état constitutionnel.

Phthisie amyloïde : Formation circonscrite ou diffuse de cellules infiltrées de matière amyloïde.

Phthisie syphilitique : Désagrégation crémeuse et infiltration diffuse des nodules du tissu nucléo-fibreux.

Phthisie hémorrhagique : Dégénérescence crémeuse et désagrégation des nodules du sang extravasé.

Phthisie embolique (*comprenant les dépôts pyogéniques et les suppurations*) : Dégénérescence crémeuse et désagrégation des dépôts de matière grise ou jaune résultant directement ou indirectement d'embolies pulmonaires venant du foie, des lymphatiques ou des veines.

N'est-il pas évident par là que nous remontons à l'extrême division de Sauvages ? La seule différence est que, au lieu d'être basée sur les signes extérieurs, cette classification repose sur les altérations anatomiques.

Bien plus simple est la classification toute clinique de M. Pidoux qui range les phthisiques ou les tuberculeux sous trois chefs :

1° Ceux qui le deviennent sous l'influence de causes externes appréciables ;

2° Ceux qui le deviennent sous l'influence de causes internes ou pathologiques appréciables ;

3° Ceux chez lesquels on ne peut saisir ni au dehors ni au dedans, de causes, soit excitantes, soit préparatoires, bien appréciables et bien positives, et qui deviennent phthisiques en vertu de ce qu'on appelle une diathèse. (*Acad. de méd.*, décembre.)

On connaît assez les doctrines du célèbre novateur et nous en avons assez dit précédemment à cet égard pour qu'il soit inutile d'insister et d'expliquer ces distinctions.

Quant à la distinction de la pneumonie caséeuse des auteurs allemands, de MM. Hérard et Cornil, et dont M. Pidoux fait une simple variété de la phthisie comme la plupart des cliniciens, il la trouve généralement et plus accidentelle et aussi plus inflammatoire et fébrile que la phthisie granuleuse ou

plasmo-tuberculeuse. Celle-ci est plus diathésique, plus constitutionnelle, presque toujours plus limitée à son début et plus lente. Le produit de la première est moins organisé que celui de la seconde. Avec la difficulté de voir le muco-tubercule ou produit caséeux à l'état naissant, on ne sait pas exactement s'il commence par une forme figurée, une cellule quelque ébauchée qu'elle soit ; on ne le connaît qu'à l'état de corps opaque, gras, caséiforme et semblable à la granulation grise quand elle a rétrogradé. C'est un tubercule moins parfait que celle-ci. On dirait d'un produit de transition entre le pus et le tubercule plasmatique. Considérée dans ses causes, son début, sa forme, sa marche, la maladie est comme son produit, elle ressemble à une pneumonie organique ou destructive, à un processus morbide intermédiaire entre la pneumonie et la phthisie ; inflammatoire et fébrile comme la première ; hectique, purulente et désorganisatrice, comme la seconde. Elle débute par la membrane muqueuse des bronches capillaires et des vésicules du poumon comme une affection catarrhale grave. Mais, à ce moment déjà, elle a toute sa nature, c'est-à-dire que, même à ce moment, elle n'est pas un catarrhe simple et bénin excitant une hétérogénie funeste, mais une phlegmasie muco-tuberculeuse d'emblée. Il ne faudrait pas croire que les sujets qui sont affectés par cette variété de phthisie aient été, auparavant, plus bronchitiques et plus catarrheux que d'autres. Non : leur bronchite muco-tuberculeuse est souvent la première bronchite qu'ils éprouvent ; ce qui laisse toujours vrai ce pronostic de Laennec : malheur à ceux qui prennent une première bronchite après trente-cinq ans.

Cette variété de phthisie rentre si bien dans la grande unité de la phthisie tuberculeuse des poumons, que, si la maladie commence par elle, il est rare que des granulations tuberculeuses ne se forment pas plus tard dans le tissu plasmatique des poumons ; et réciproquement si la phthisie a commencé par celles-ci, le tubercule muqueux ou la pneumonie caséeuse se développe ultérieurement dans le même poumon avec une intensité plus ou moins grande. Ces deux produits coexistent presque toujours ; ils reconnaissent, dès lors, un principe de maladie qui, quelque modifié qu'on le suppose, reste identique au fond.

Quoique plus souvent accidentelle que la phthisie plasmo-tuberculeuse primitive, la phthisie muco-tuberculeuse ou pneu-

monie caséeuse n'en est pas moins grave, car, plus inflammatoire, elle est plus rapidement désorganisatrice et dès lors plus promptement infectante. Elle a quelque chose d'assez malin, et les sujets lui opposent peu de résistance, sans doute parce que le produit muco-tuberculeux est encore plus nécrobiotique que la granulation grise, qu'il l'est d'emblée et s'étend plus facilement qu'elle à la manière de la suppuration. C'est pourquoi on l'a crue de même nature que celle-ci, quoiqu'elle en diffère par une foule de caractères.

S'il est inexact de dire, avec Graves, que la phthisie soit la scrofule des poumons, il est certain que la phthisie muco-tuberculeuse se déclare souvent chez des ouvriers et des malheureux qui, sans être des scrofuleux consommés, des écrouelleux, sont strumeux, lymphatiques, et ont vécu dans des conditions favorables au développement de cette constitution morbide. Voilà sans doute pourquoi Virchow appelle souvent cette variété de phthisie, pneumonie scrofuleuse. C'est aussi pourquoi MM. Milcent et Bazin ont assigné à leur phthisie scrofuleuse beaucoup des caractères anatomiques qui distinguent la phthisie caséeuse de la phthisie granuleuse ou plasmatique. (*Acad. de méd.*, décembre.)

Diagnostic. *Température organique.* Son élévation chez les phthisiques, le soir surtout, n'est pas un fait nouvellement connu. Beddoès et d'autres bien avant lui, sans doute, l'avaient signalé. Mais c'est comme élément de diagnostic au début, et alors que les signes physiques font encore défaut, qu'il s'agit de savoir de quelle valeur est ce signe.

Déjà un médecin anglais, le docteur Jenner, avait émis l'opinion qu'une élévation de température organique, qu'on ne peut rapporter ni à une inflammation de quelque autre tissu du corps, ni à une fièvre essentielle, doit être prudemment rapportée à la tuberculose pulmonaire. En l'absence de toute autre donnée, cela semble bien arbitraire et absolu. Que l'on s'aide de l'hérédité, des antécédents, à la bonne heure. S'il est vrai que le rhumatisme, les fièvres essentielles et exanthématiques où on l'observe ne se laissent pas longtemps méconnaître, l'observation n'a pas encore démontré qu'elle ne se manifeste pas dans d'autres altérations organiques latentes. Sa prolongation, durant dix à vingt jours consécutifs, ne suffit donc pas à donner une certitude absolue. Un observateur distingué, dont

l'attention est depuis plusieurs années fixée sur ce sujet. M. Robert de Latour, admet même qu'elle existe dans tous les cas d'altération du sang, de septicémie fébrile. Ce ne serait donc qu'en étendant les recherches que cette distinction pourrait être érigée en loi. Toutefois M. Sidney Ringer, professeur de matière médicale à *University College*, a tenté de préciser ce fait dans son ouvrage (voy. *Année* 1865). Dans 24 cas relatés, l'élévation continue de la température s'est produite dans 21, mais le diagnostic était bien évident et l'autopsie démontra le corps du délit. Dans 1 seul, la température ne fut pas en rapport avec la marche du mal, et dans les deux autres, son abaissement marqua l'arrêt de l'évolution tuberculeuse, démonstration faite par l'autopsie.

Pour montrer que cette élévation de chaleur organique dépend bien du développement de la tuberculose au sein des organes, l'auteur passe en revue les maladies qui la compliquent ordinairement, comme la bronchite, l'albuminurie, l'ulcération intestinale, la pneumonie, la pharyngite et la trachéite chronique, les aphthes, la pleurésie, et conclut toujours négativement en rappelant que la plupart de ces complications n'arrivent guère qu'à la fin et ne donnent pas lieu séparément à cette élévation; celle-ci dès lors n'en peut dépendre. La concordance, le rapport de la chaleur organique avec l'activité morbide du dépôt tuberculeux met d'ailleurs cette vérité hors de doute. L'intensité de celle-là indique donc la gravité de celui-ci.

Cette élévation de la température ayant été constatée dans des cas où, malgré les recherches les plus précises, aucun signe positif de l'évolution tuberculeuse ne put être constaté comme il en rapporte des exemples, et l'autopsie ayant montré partout des granulations grises, l'auteur en conclut que ce signe est supérieur à tous les autres, encore plus pour les tubercules du cerveau, du foie, du péritoine, que pour ceux des poumons. Ainsi la persistance du poids, son augmentation même ne seraient pas contradictoires, d'après certains faits, ni les sueurs nocturnes.

La fréquence du pouls seule se lie ordinairement à l'élévation de température, mais telle est pour l'auteur la supériorité de ce dernier signe, que le premier sans le second doit être rapporté à une complication étrangère, et le thermomètre serait ainsi un moyen de distinguer la fréquence du pouls due à la

tuberculose de celle qui est due à la faiblesse ; caractère d'une importance majeure dans les convalescences des maladies aiguës où la tuberculose s'établit

Un autre avantage de ce signe serait de permettre de diagnostiquer des affections qui, sans cela, se confondent avec la tuberculisation au début comme l'emphysème, la dilatation des bronches, le cancer du poumon, l'anévrysme de l'aorte qu'il est difficile parfois de distinguer de la phthisie. L'élévation prolongée de la température lèvera les doutes. (*Arch. de méd.*, avril 1866.)

Bien que toutes les propositions précédentes reposent sur des faits très-minutieusement et complétement observés à l'hôpital, ceux-ci pêchent par le nombre. Si un fait ne peut être infirmé, un ou deux ne suffisent pas pour ériger une proposition, une loi, car il peut être l'exception, le hasard, et ne plus se représenter. La statistique, sous ce rapport, a l'avantage de montrer la valeur de ces interprétations, et ce n'est qu'en pouvant s'établir sur un grand nombre d'observations recueillies ici et là que ces propositions, si elles se confirment, acquerront de la valeur.

Prophylaxie. Elle consiste, suivant le docteur Sarraméa, chez ceux qui y sont prédisposés par hérédité, notamment chez les enfants, dans la gymnastique, l'usage d'un milligramme de phosphore par jour, des bains, des frictions, le massage, l'hydrothérapie et surtout l'habitation des climats spéciaux. (*Congrès international.*)

Traitement. *Médications offensives.* Sous ce titre, M. Marchal (de Calvi) comprend le fer, le soufre, l'iode et le quinquina. En guérissant l'anémie, le fer provoque les hémoptysies comme l'iode et le soufre; on sait en effet que ces divers médicaments excitent la fonction menstruelle. Les eaux sulfureuses de Bonnes et d Enghien comme celles de Pierrefonds, très-salutaires dans les affections purement catarrhales, sont très-nocives dans les catarrhes phymiques suivant lui, sans tenir compte des explications hypothétiques données par M. Pidoux pour atténuer cette nocuité. Les iodures ont aussi plus d'une fois fait éclater des hémoptysies graves et parfois mortelles en guérissant des affections syphilitiques. Il ne faut chercher que dans une hygiène bien entendue, un déplacement éclairé des malades, leur amélioration. M. Lombard, après quarante ans de pratique

et l'essai de nombreuses médications, donne aussi la préférence à l'hygiène sur la thérapeutique, et surtout une thérapeutique active. Le fer, l'iode et tous les autres médicaments n'ont pour effet que d'altérer les fonctions digestives qu'il est si important de conserver intactes, dit le professeur Halla de Prague. Ce sont là certainement des autorités qui méritent d'être écoutées. (*Congrès international.*)

Vaporarium. Employé par M. le docteur Galliet de Reims chez une dame de trente-deux ans, présentant tous les symptômes d'une phthisie confirmée datant de quatre ans. Sœur morte phthisique; matité aux deux sommets, râles sous-crépitants et caverneux, voix chevrotante, et les autres signes caractéristiques de cavernes des deux côtés. Symptômes généraux en rapport avec les symptômes locaux : suppression de règles, hémoptysies fréquentes, toux quinteuse, fièvre hectique, perte de l'appétit, émaciation considérable.

Cet état désespéré, qu'une saison aux Eaux-Bonnes n'avait pas amélioré, durait depuis six semaines, lorsqu'on soumit la malade au vaporarium.

Dans une chambre très-vaste, on fait arriver un tuyau amenant de la vapeur d'eau. La vapeur, en s'échappant du tuyau percé de trous, traverse dans sa longueur un large baquet long de 4 mètres, large de 40 centimètres, et haut de 30. La température de l'eau traversée par la vapeur est de 50 à 60 degrés centigrades. La température constante de la chambre sous l'influence de la vapeur est de 25 à 27 degrés centigrades.

La chambre était remplie d'une vapeur formant brouillard; lorsqu'on y entrait, les habits étaient rapidement mouillés, des gouttes d'eau ruisselaient le long des murs. La malade resta trois mois dans cette chambre sans en sortir, dans un état de sudation constant; sous son influence, une amélioration se produisit avec une rapidité étonnante, la fièvre diminua, l'appétit revint, les forces reparurent, enfin l'état général fut tellement bon, que, lorsque la malade sortit du vaporarium, M. Galliet la considéra comme guérie avec des cavernes cicatrisées.

Une jeune fille de vingt ans, malade depuis plus de deux ans, présentait tous les symptômes locaux et généraux d'une altération spécifique des sommets. Appétit disparu, maigreur extrême, crépitation humide aux deux sommets, suppression des

règles. Au bout de trois mois du même traitement, les signes locaux avaient disparu, la santé était redevenue excellente et la jeune fille avait repris à peu près son embonpoint primitif.

Jeune homme de dix-sept ans sujet à des hémoptysies fréquentes et présentant une excavation à chaque sommet ; il reste un mois dans la chambre à inhalation et en sort avec une amélioration considérable.

Dans un quatrième cas, les lésions étaient trop avancées ; en soumettant son malade au vaporarium, M. Galliet n'espérait rien, et ne l'y soumit que pour remonter le moral. Il ne put le supporter que quelques jours et mourut bientôt.

Enfant de douze ans, dont la phthisie était liée à un état scrofuleux considérable, et chez lequel il n'y avait pas de guérison à attendre. Il succomba. (*Soc. méd. de Reims.* Bull. 1 et 2.)

Il en fut de même dans plusieurs autres essais tentés par imitation, par différents médecins rémois ; d'où il faut conclure que ce moyen n'a rien de spécifique et que les cas relatés n'ont été qu'une série d'applications heureuses, d'améliorations comme on en voit spontanément se produire, sinon de guérisons exceptionnelles que le peu de temps écoulé ne permet d'admettre qu'avec réserve. — Voy. Vaporarium.

Tandis que M. le professeur Fonssagrives ne voit là qu'une heureuse application de l'*humidité chaude* employée déjà et agissant simplement comme antiphlogistique, émolliente, sédative, sur les complications inflammatoires de la tuberculose (*Gaz. hebd.*, n° 40), ce n'est, selon M. Sales-Girons, qu'une application simple de la *diète respiratoire* réalisée bien plus efficacement par l'inhalation de l'eau minérale pulvérisée dans les salles de respiration, qui se trouvent aujourd'hui dans tous les établissements thermaux sur son initiative. Aussi cet ingénieux médecin reproche-t-il de recourir à un moyen si primitif et incomplet, et ne doute pas que l'on n'obtienne de meilleurs résultats en le perfectionnant. Faire inspirer de la vapeur d'eau simple humide, ce n'est que la diététique sans thérapeutique, alors que celle-ci pourrait être le plus efficace. (*Revue médicale*, mai.)

Administration des huiles de poisson. D'un usage devenu presque banal, ces huiles ne doivent pas être employées indifféremment sans règle ni méthode, selon M. Hérard. Ce clinicien distingué préfère celle de morue, comme ayant été soumise à une

large expérimentation. L'espèce en est indifférente, car les doses d'iode ou de brome qu'elles contiennent sont sans valeur, et elles n'agissent que par leurs principes gras. C'est donc ici une affaire de goût et de tolérance de l'estomac. Si l'huile blonde inspire moins de répugnance que l'huile brune et semble mieux digérer, il faut la prescrire.

C'est un mauvais mode d'administration que de donner l'huile de foie de morue à jeun ; toutes les substances grasses étant mal digérées à jeun. Il vaut mieux la prescrire immédiatement avant ou après le repas, et faciliter sa digestion par l'exercice au grand air. M. Hérard n'est pas partisan des hautes doses de cette huile ; il lui a semblé qu'à petites doses (quelques cuillerées à café par jour, deux cuillerées à bouche au plus), elle agissait mieux qu'a doses plus élevées. Il est certain qu'une pareille substance, devant être administrée pendant longtemps, doit être donnée avec réserve et toujours en proportion de la tolérance qui s'exerce à son égard.

On a inventé bien des petits procédés pour pallier le goût et l'odeur de l'huile de foie de morue. Le plus simple, indiqué par M. Delioux, consiste à tenir dans la bouche pendant quelques minutes une solution d'eau-de-vie, de rhum, de kirsch surtout, d'eau de menthe, ou même un peu d'une de ces liqueurs pures avant de prendre l'huile. On abolit ainsi temporairement le sens gustatif, et, en se fermant les narines, on ne perçoit ni la saveur, ni l'odeur du médicament. M. Hérard s'est bien trouvé de mélanger l'huile avec le vin de quinquina. L'amertume de ce vin masque la saveur nauséabonde du corps gras. Chez les individus que tourmentent des éructations après l'ingestion de l'huile, l'administration successive de celle-ci et du vin de quinquina, donnés isolément, prévient les renvois en facilitant la digestion, parfois pénible, de cette substance. Les sirops de gentiane, d'écorces d'oranges amères, ainsi que le café noir, produiraient au besoin le même résultat.

Un fait qui prouve que l'huile de foie de morue n'agit que comme liquide nutritif, c'est qu'elle n'est ordinairement efficace qu'autant que l'embonpoint renaît sous son influence. Si l'huile est bien digérée, si la nutrition s'améliore, ce dont l'augmentation du poids et de l'embonpoint est le signe ostensible, les troubles thoraciques diminuent proportionnellement. Maintenant, l'huile de morue convient-elle indistinctement à tous les degrés de la phthisie ? Non, sans doute. M. Hérard la

croit surtout avantageuse au début et dans la forme apyrétique de l'affection tuberculeuse. S'il y a fièvre, anorexie, diarrhée, elle est mal tolérée et nuisible. Alors le lait peut lui être substitué utilement, et, sous ce rapport, M. Hérard partage l'avis de M. Pécholier, qui n'hésite pas à prescrire le lait dans la diarrhée fébrile. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Eaux-Bonnes. En raison de l'espèce d'antagonisme du rhumatisme et de la goutte avec la tuberculose, constaté aujourd'hui par des témoignages cliniques irrécusables, enregistrés et confirmés par MM. Hérard et Cornil dans leur savant *Traité*, elles sont surtout indiquées, selon M. Pidoux, dans les cas avec manifestations rhumatismales, affaiblies, usées, décomposées. En les révivifiant, ces eaux rendent l'antagonisme plus profond et réel au bénéfice de la phthisie.

Par leur excitation modérée, elles conviennent aussi dans les phthisies à tous les degrés et surtout au troisième, quand les lésions sont limitées et que la diathèse n'a pas une grande activité. L'hémoptysie n'en est même pas une contre-indication dans ces cas. (*Union méd.*, n° 71.)

Eaux de la Bourboule. Signalées par M. Gueneau de Mussy comme convenant, dans la période chronique de la phthisie, à cause de l'arséniate de soude qu'elles contiennent. Plusieurs exemples cités semblent montrer qu'elles ont contribué à faciliter la réparation de l'organisme dans ces périodes d'arrêt de la phthisie.

Koumiss. Selon le docteur Stalberg, médecin aux usines de Porga, dans l'Oural, l'action de ce lait fermenté de jument, que préparent les Kirguises ne s'explique que par la diminution de la sécrétion des membranes muqueuses ou par l'amélioration de la nutrition. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Doit-on chercher à guérir les affections utérines coïncidentes? Grave et importante question, dont la solution contraire que lui donnent les auteurs anglais et français rend encore plus embarrassante. Tandis que Aran et M. Courty, dans leurs ouvrages, s'accordent à regarder l'affection utérine, ulcération ou catarrhe, comme une sorte de révulsion favorable contre l'évolution de la tuberculisation et donnent le précepte de la respecter,

M. H. Bennett est d'un avis opposé. Regardant celles-ci comme prédisposantes de la phthisie (voy. *Année* 1865), il ne donne pas seulement le conseil, comme M. Courty, de modérer les accidents utérins quand ils sont trop fatigants, mais de les guérir pour que le climat et les autres moyens aient de l'efficacité contre la lésion pulmonaire.

Un autre médecin anglais, le docteur Battyre, est du même avis, d'après son expérience de quatorze ans. Dans onze cas de leucorrhée utérine, coexistant avec des affections pulmonaires, la guérison ou l'amendement de la première a toujours été suivie d'une amélioration rapide des secondes. De là le conseil de traiter avec soin les écoulements utérins comme une cause d'épuisement pour les personnes prédisposées à la phthisie, ou qui en sont atteintes. (*Soc. of London*, 1866.)

On explique cette contradiction par la différence d'observation, de constitution des malades et de leurs conditions d'existence ; mais ce désaccord doit faire redoubler d'attention à ce sujet. (*Bull. de thérap.*, 1866.)

Fièvre. Contre ce symptôme un remède est très en vogue, en Allemagne et préconisé par Niemeyer : ce sont les pilules de Heim, dont voici la formule :

℞ Poudre de digitale.............	0,60 centigr.
Poudre d'ipéca................	0,25 —
Poudre d'opium...............	0,25 —
Extrait d'aunée...............	Q. S.

Pour 20 pilules.

Dès que la fièvre a des exacerbations le soir avec frisson, l'addition de 1 gramme 20 centigrammes de sulfate de quinine à la masse ci-dessus est très-utile et efficace.

Sueurs colliquatives. M. Vignard, de Nantes, de même que le professeur Niemeyer, l'ont trouvée très-utile sous forme d'infusion froide le soir. M. Tommassi, de Pavie, recommande de l'additionner de quelques gouttes de l'élixir acide de Haller. Mais on peut l'employer seule : une forte pincée pour une tasse, et l'on voit les sueurs se supprimer dès la première ou la seconde nuit. Celles du rhumatisme, de la fièvre catarrhale,

et d'autres cachexies, n'en sont, au contraire, nullement modifiées.

Moins heureux, nous n'en avons obtenu aucun effet sensible chez un phthisique dont les sueurs sont le symptôme le plus fâcheux.

Toux. Ail. Vanté des anciens, ce bulbe est, suivant M. Auzias-Turenne, un excellent sédatif de la toux. Trois gousses par jour, le matin, à midi et le soir, suffisent à la calmer et à procurer un sommeil tranquille, un repos réparateur. Mais cette précieuse propriété, que M. Linas assimile tout simplement à celle des balsamiques, aurait été saisie et remarquée dans les pays méridionaux, où l'on en fait un si grand usage. A Cracovie, où les Juifs sont tellement décimés par la phthisie que l'on peut prévoir l'extinction prochaine de cette race, l'ail est leur nourriture presque exclusive, sans que la toux soit diminuée, dit le docteur Dropsy. Les bains de petit-lait, très-employés dans la Gallicie autrichienne, en Hongrie et en Bessarabie, lui ont paru plus efficaces. (*Congrès internat.*)

Klinische Vorträge über die Lungenschwindsucht (Leçons sur la tuberculose pulmonaire) par le professeur Niemeyer, recueillies par le docteur Ott. Berlin. Étude intéressante de la pathogénie de la tuberculose examinée au double point de vue clinique et histologique, et dont les conclusions diffèrent, sous beaucoup de rapports, de la nouvelle doctrine allemande de Virchow. Un exposé analytique très-complet s'en trouve *in Arch. de méd.*, juin.

Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire considérée comme cause de décès dans la ville de Bordeaux, par le docteur Marmisse. Basé sur 4829 bulletins mortuaires spéciaux pris sur 36 000; ceux-ci sont examinés suivant l'âge, le sexe, et au point de vue du mariage et du célibat, des mois et des saisons, des professions par séries analogues, de l'indigence et de la richesse. C'est dire que le sujet est traité sous toutes ses faces.

PHYSIOLOGIE. *Section du nerf médian.* Par une exception à la loi physiologique, celle-ci n'abolit pas les fonctions de ce nerf au-dessous de la division, comme un exemple en a

déjà été observé et relaté par M. le professeur Richet. Il l'explique par l'existence, tout récemment découverte par M. Sappey, des *nervi nervorum* pour le bout périphérique, et pour l'autre, par les nombreuses anastomoses anormales signalées entre les filets terminaux des trois nerfs de la main par MM. Cruveilhier et Robin. Que l'un ou l'autre soit coupé, la sensibilité s'exerce par celui ou ceux qui sont restés intacts, et les corpuscules du tact, encore suffisamment pourvus de nerfs, répondent aux excitations extérieures. (*Union méd.*, n° 147.) — Voy. Nerfs

Manuale di fisiologia, par le professeur Oehl. En cours de publication par livraisons ; Milan. Le premier volume, déjà terminé, est consacré exclusivement à la physiologie générale et à la physiologie expérimentale des fonctions végétatives. La physiologie spéciale des fonctions animales suivra et formera la première partie.

La seconde partie traitera du sang, de la circulation, de la respiration et de l'oxydation des sécrétions et de la thermogenese, tout cela étudié aux lumières de la chimie, de la physique et de toutes les méthodes d'observation modernes. Les dessins histologiques et schématiques facilitent l'entente de ces diverses études du savant expérimentateur italien.

Principes de physiologie pathologique, appliqués par M. le docteur L. Bréhant, ancien interne des hôpitaux de Reims ; Paris. L'une de ces applications est la négation que la congestion soit le résultat de la paralysie des filets sympathiques animant la partie congestionnée, comme on l'admet généralement d'après les expériences de M. Cl. Bernard. — Voy. Congestion.

Transformation des forces. Chaleur et mouvement musculaire, unité des phénomènes naturels, par le docteur Paul Dupuy, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Bordeaux 1 vol. in-8° de 70 pages ; Paris. (Mémoire extrait de la *Gazette médicale.*) — Voy. Convulsions, Température.

PIED BOT. Congénitale, cette difformité est susceptible de guérison, selon M. Quinty, si l'on commence le traitement dès la troisième ou quatrième semaine de la vie. Il ramène, à cet effet, le pied dans la position normale et l'y fixe au moyen de bandelettes agglutinatives, sans avoir besoin de sectionner le

tendon d'Achille La plante du pied recouverte d'emplâtre adhésif, on en applique ensuite, sous forme de bas, sur le côté du pied et de la jambe, de manière à exercer une traction continue, un bandage roulé recouvre le tout.

Une fille de deux ans, atteinte d'un pied bot à forme grave, soumise à ce traitement, a été présentée à l'Académie de médecine de New-York, le 16 janvier, et reconnue parfaitement guérie. (*New-York med. Record.*)

Clubfoot ; its causes, pathology and treatement (causes, pathologie et traitement du pied bot). Mémoire qui a obtenu le prix Jacksonian au Collége royal des chirurgiens anglais, en 1864, par W. Adams, chirurgien de l'hôpital orthopédique et du *Great Northern*. 1 vol. in-8° de 422 pages ; Londres.

Considérant comme une grande erreur de regarder la ténotomie comme le seul, et même le principal remède, ainsi qu'on le fait en Angleterre, l'auteur a surtout cherché à remettre en honneur les moyens physiologiques trop généralement négligés.

PIERRE. *Borate d'ammoniaque*. Admettant que le *ludus* de Paracelse, si bien décrit par Van Helmont, n'est autre que ce sel par les bons effets qu'il en obtient depuis longues années dans tous les cas de pierre et de colique rénale, M. Baker l'administre sous la forme suivante :

℞ Borate d'ammoniaque............	8	grammes.
Suc de réglisse..................	8	—
Eau distillée....................	125	—

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Sous l'influence de ce sel, une amélioration presque constante survient ; les urines se chargent d'acide urique et de phosphate terreux.

PLAIES. Absorption. Bien que connues, démontrées par de nombreux faits, les nouvelles expériences de M. Demarquay, soumises à l'Académie de médecine, ont une certaine importance en démontrant :

1° Qu'une substance soluble dans l'eau, comme l'iodure de potassium, est très-rapidement portée dans le torrent circulatoire et éliminée par la salive lorsqu'elle est appliquée sur une

grande surface du derme dénudé ; dans ces cas, l'élimination a lieu en quatre, six et huit minutes; que cette même substance mise dans la sérosité du vésicatoire pénètre bien moins promptement dans l'organisme, en raison d'une couche fibro-albumineuse que recouvre le derme. L'absorption a lieu en neuf, dix, quinze et vingt minutes.

2° Une solution d'iodure de potassium injectée dans le tissu cellulaire est absorbée et éliminée par la salive dans une période de temps qui varie entre dix et vingt minutes.

3° Cette même solution mise sur une plaie récente pénètre dans l'organisme et manifeste sa présence par une élimination salivaire dans un temps qui varie entre une heure trente minutes, et dix-neuf et quinze minutes.

4° Quand les plaies sont parfaitement organisées, elles absorbent avec une grande puissance ; au bout de dix, huit, six et quatre minutes, et même moins, on trouve des traces d'iode bien évidentes dans la salive ; il y a donc lieu de se demander si l'élément septique qui amène l'érysipèle et la fièvre puerpérale ne serait point absorbé par la plaie elle-même.

5° Dans la complication si grave des plaies connues sous le nom d'infection purulente, ne doit-on pas se demander si cette puissance d'absorption, si peu étudiée jusqu'à ce jour, ne jouerait point un rôle considérable, et ne pourrait point expliquer certains phénomènes généralement rapportés à la phlébite ?

6° Les injections iodées et iodurées faites dans les abcès chauds, dans les abcès froids, ou dans les cavités kystiques enflammées ou non, sont absorbées avec rapidité ; leur élimination a lieu dans un temps qui varie entre quarante-cinq et trois minutes.

7° Que si les injections sont faites en trop grandes quantités, ou si elles sont trop souvent répétées, l'iode sans cesse introduit dans l'organisme peut avoir une action fâcheuse.

8° L'iode et l'iodure de potassium introduits dans l'économie par les diverses voies précitées sont généralement éliminés par la salive et les urines dans une période de quatre à cinq jours.

Tout en acceptant sans réserve les conclusions thérapeutiques tirées par l'auteur de ses expériences, et qui sont de ne pas laisser les plaies exposées à l'air, de les panser avec la glycérine, l'alcool ou les désinfectants, et placer les opérés dans une atmosphère pure et renouvelée, M. le professeur Gosselin, rapporteur de ce travail, conclut avec sa dialectique serrée que

l'absorption des matières putrides comme cause des complications qu'on lui attribue n'est pas une doctrine, mais une simple hypothèse, car cette absorption reste à démontrer. Que dans tous les cas, elle ne saurait être unique et que la viciation de l'air, l'encombrement, le pouvoir contagieux, la douleur physique, les impressions morales, la santé antérieure, sont des facteurs dont il faut aussi tenir compte. (*Acad. de méd.*, juin.)

Éther pulvérisé. Analogue à la ventilation remise en honneur l'année dernière (voy. *Année* 1866), la pulvérisation de l'éther a été appliquée sur les plaies douloureuses par M. Horand, qui lui a reconnu une action sédative, astringente, siccative, protectrice ou isolante et antiseptique. Celle-ci est la conséquence de la coagulation de l'albumine, coagulation qui empêche la fermentation en détruisant l'élément qui sert de nourriture au bio-ferment. Elle résulte aussi de ce que l'éther dissout la graisse, dissout le soufre et absorbe le gaz ammoniac. Il découle de ces propriétés que l'éther hâte la cicatrisation des plaies en les mettant à l'abri du contact de l'air et en empêchant la fermentation de se développer à leur surface.

Des expériences faites sur un bubon chancreux, un ulcère calleux de la jambe et sur un lupus ulcéré permettent d'affirmer que la pulvérisation de l'éther est un excellent moyen thérapeutique des surfaces suppurantes. Son application est au reste des plus simples : il suffit de pulvériser l'éther jusqu'à ce que la peau pâlisse. Avec de l'éther rectifié à 25 degrés, très-froid, cette coloration se produit rapidement. La plaie est ensuite recouverte d'une couche de coton. (*Gaz. méd. de Lyon*, mai.)

Aux pansements à la glycérine et à l'alcool qui se sont généralisés séparément dans ces dernières années, Foucher, de regrettable mémoire, associait à ces substances le chlorate de potasse dans les proportions suivantes :

℞ Alcool	400	grammes.
Glycérine	625	—
Chlorate de potasse	40	—

Mêlez.

Transparent et limpide, ce liquide est sans odeur désagréable, imbibe le linge et la charpie facilement et ne tache pas les pièces de pansement. Il reste vingt-quatre heures en place sans se dessécher et évite les pansements fréquents. Un simple lavage à l'eau tiède suffit à en enlever toute trace.

Moins douloureux que l'alcool seul, ce mélange a l'avantage, à l'aide du chlorate de potasse, de prévenir ces exsudats grisâtres, sortes de diphthérite des plaies. Il mérite d'être expérimenté comparativement. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre 1866.)

Badigeonnages. Ils ont l'immense avantage, dit M. Boinet, dans les plaies anciennes ou récentes, de modifier rapidement les sécrétions quelle que soit leur nature. Ils agissent comme antiseptiques, surtout la teinture d'iode, en même temps qu'ils forment une couche imperméable, oblitérant les vaisseaux capillaires et les mettant à l'abri du contact de l'air, de manière à prévenir la résorption purulente et l'infection putride. (*Acad. de méd.*, décembre 1866.)

Acide phénique. Expérimenté sur un très-grand nombre de malades par le docteur Bottini, chirurgien en chef de l'hôpital de Novarre, en solution aqueuse contenant de 2 à 3 pour 100 d'acide ; il a trouvé qu'il modifiait avantageusement la suppuration et favorisait la cicatrisation. De nombreux cas de plaies gangréneuses, de phlegmon diffus et de nécrose se sont rapidement modifiés par l'usage de cette solution, comme il en rapporte des exemples. (*Giorn. delle Venetie*).

PNEUMATOSE. *Ponction intestinale.* Conseillée par le professeur Fonssagrives en dernier ressort, elle a été pratiquée à plusieurs reprises, à Toulouse, sur deux malades atteints de tympanite. Le premier était un médecin, qu'une affection organique de la vessie allait infailliblement conduire au tombeau. Le ventre formait un volume énorme en avant du thorax : le malade, tout cyanosé, étouffait et réclamait instamment la ponction. Le 15 juillet, M. le professeur Laforgue enfonça un trocart explorateur dans la région sus-ombilicale la plus distendue, et le gaz s'en échappa si violemment qu'une bougie en était soufflée. Les accidents asphyxiques furent ainsi conjurés ; mais la pneumatose ayant reparu le lendemain, malgré la glace

et la compression, deux nouvelles ponctions furent pratiquées en deux endroits différents, et le soulagement fut tel que les jours du pauvre malade furent ainsi prolongés et qu'il succomba le 20 juillet aux progrès de sa maladie sans avoir à souffrir de cette nouvelle complication.

Le succès et l'innocuité de l'opération sont encore plus évidents dans le deuxième cas où la tympanite était telle, malgré tous les moyens employés que, appelé pendant la nuit, le docteur Resseguet trouva le malade, âgé de cinquante-neuf ans, à demi asphyxié. Il pratiqua la ponction avec un trocart à hydrocèle à défaut d'un autre, sans aucun accident ultérieur, et cinq autres ponctions furent ainsi successivement pratiquées jusqu'au rétablissement normal de l'évacuation des gaz par la voie naturelle et la guérison du malade (*Bull. de thér.*, juin). Ce sont là des garanties sérieuses pour ne pas hésiter à recourir à ce moyen en apparence si dangereux, et en réalité si inoffensif.

PNEUMONIE. Pneumonie hypo-pleurétique. Variété ainsi nommée par M. Hervieux, en ce que les altérations anatomiques sont bornées à la surface seule du poumon, en contact avec la pleurésie ou l'épanchement, tandis que le centre est plus ou moins indemne ; ce qui graphiquement au moins la distingue de la pneumonie lobulaire et de la pneumonie catarrhale C'est ainsi que chez un nouveau-né de six jours dont il présente les pièces anatomiques, le tissu du poumon droit renfermé et comprimé sous un épanchement séro-purulent abondant, avec fausses membranes considérables, est hépatisé dans les couches superficielles, mais plus pâle que dans l'hépatisation classique, d'aspect lardacé. Le microscope montre les dernières ramifications bronchiques remplies de fibrine et de sang coagulé. Plus profondément, le tissu pulmonaire présente les caractères de l'état atélectasique. (*Soc. médic. des hôpitaux de Paris*, mars.)

Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants, par le docteur Damaschino, ex-interne et plusieurs fois lauréat des hôpitaux de la faculté de médecine, etc., etc., 154 pages in-8, librairie *Germer Baillière*. Excellente étude sur les deux formes de la pneumonie infantile sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie surtout. Comparées sous

tous les rapports, il en ressort des différences très-saisissantes et utiles au diagnostic, au pronostic et au traitement.

PNEUMOTHORAX. Un homme de vingt-neuf ans, après des pérégrinations répétées et des excès de tout genre probablement, est pris soudainement d'une vive douleur pleurétique du côté droit, avec chaleur de la peau, pouls vibrant à 110 et qui va en augmentant jusqu'à l'application de sangsues. Pas de toux ni aucun signe physique. Trois jours après, la scène change, plus de douleur de côté, moiteur de la peau, pouls souple à 90, mais la respiration est courte, entrecoupée, haletante. Résonnance tympanique à la base du côté droit en arrière, jusqu'à l'angle interne du scapulum, respiration très-fortement amphorique avec timbre métallique très-accentué, surtout dans l'inspiration. La percussion ni la succussion ne décèlent la présence de liquide. MM. Barth et Trousseau consultés constatent, comme M. Abeille, ce phénomène à différentes reprises. Une fistule pleuro-pulmonaire est manifeste, et cependant la douleur, la fièvre, tout cesse bientôt, et vingt jours après, ce tintement métallique avait complétement disparu et ne s'était pas reproduit vingt jours après. (*Gaz. méd.*, n° 1.)

Comment ce pneumothorax s'est-il produit? Par la déchirure de cellules pulmonaires résultant d'efforts des bras? Cela n'est guère probable. Mieux vaut confesser une ignorance complète. Pour être en droit de discuter un fait semblable, il faudrait suivre le malade et savoir si des phénomènes ultérieurs ne viendront pas expliquer ceux-ci. Un simple tubercule sous-pleura[l] peut amener une perforation et tous ces accidents à la suite suivant M. Jaccoud, et la guérison s'explique très-bien de la sorte. Une injection hypodermique d'atropine a même réuss[i] à M. Wannebroucq, à calmer le point de côté dans un cas analogue (voy. *Année* 1864). Il n'y a donc pas lieu de tant s'étonner que le fait M. Abeille, puisque d'autres faits analogues on[t] été observés.

POLYPES. Polypes laryngiens et congénitaux. M. l[e] docteur A. Dufour en rapporte une observation remarquabl[e] chez une fille qui lui présenta de l'aphonie cinq minutes apr[ès] la naissance. Elle n'avait poussé qu'un *miaulement très-faible* [à] la sortie du sein de sa mère. Elle n'eut ensuite que des cri[s] plaintifs, sans sonorité ni éclat, et s'élevait cependant asse[z]

bien, lorsqu'après huit mois, elle fut prise d'un sifflement de la respiration qui persistait pendant le sommeil. La voix avait cessé complétement. Toux sans timbre et cassée comme dans le croup. Aucune altération ne s'observant dans le thorax, sinon l'absence de murmure respiratoire pendant les accès de dyspnée excessive, on eut recours au musc, aux vomitifs, sans se rendre compte de l'affection, sans diagnostic précis ; MM. Bergeron et Barthez, appelés en consultation, ne surent à quoi rapporter les accidents et se bornèrent à une thérapeutique des symptômes. L'enfant maigrit graduellement et succomba à l'âge de un an huit jours.

L'autopsie montra dans la cavité laryngienne une masse molle d'un blanc laiteux, fermant presque entièrement la partie supérieure du larynx excepté en arrière. Entre la muqueuse tapissant la face postérieure du cartilage cricoïde et la production morbide existe un petit pertuis d'un millimètre environ.

La tumeur est développée sur le siége même des cordes vocales détruites entièrement. L'apparence en est mamelonnée et formée à la loupe d'une masse de petits mamelons analogues à des papilles serrées les unes contre les autres. Elle est molle, se laisse enlever par le manche du scalpel et s'étend depuis les ligaments arythéno-épiglottiques jusqu'aux cordes vocales inférieures qu'elle dépasse en bas d'un millimètre environ. Examinée au microscope par le professeur Robin, elle était formée de cellules épithéliales pavimenteuses.

Ce cas est surtout remarquable en ce qu'il a toute l'authenticité désirable sur la congénitalité de la maladie. Déjà un an auparavant, un cas semblable, quoique moins précis, avait été observé à l'hôpital Sainte-Eugénie par M. Triboulet et publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 17 mai 1866.

Il s'agit encore d'une fille de deux ans et demi, *aphone depuis sa naissance*, dit la grand'mère, avec respiration gênée et toux qui ont augmenté seulement depuis deux mois. Sa respiration est haute, avec sifflement laryngo-trachéal sourd, étouffé et rude. Aphonie complète Toux rauque, sèche, un peu stridente comme dans le croup.

Rien dans le thorax, sinon *un affaiblissement assez notable du murmure vésiculaire*. Rien d'apparent dans la gorge, même avec le laryngoscope Labordette. Accès de suffocation intense pendant la nuit. Ici le diagnostic de l'affection réelle est porté aussitôt et l'on se borne à l'expectation. Les accès de suffoca-

tion augmentent avec expulsion de quelques mucosités, *sans fausse membrane ni débris épithéliaux*. Un vomitif amène une amélioration sensible; mais les accidents de suffocation reprennent bientôt leur intensité, tellement que le 21 janvier, seize jours après son entrée, l'enfant est trachéotomisée comme dernière ressource, et meurt le surlendemain.

L'altération principale constatée à l'autopsie est l'obstruction de l'orifice supérieur du larynx par des grumeaux blanchâtres caséiformes, s'enlevant facilement avec la pince, débris d'une tumeur mamelonnée en forme de chou-fleur, blanchâtre, assez ferme, grosse comme une petite noisette, insérée sur toute la longueur de la corde vocale inférieure gauche et un peu au-dessous par un large pédicule allongé d'avant en arrière, et aplati de haut en bas. De petites saillies, d'aspect rosé, arrondies et grosses comme la tête d'une épingle, continuent la tumeur sur la commissure glottique postérieure et un peu sur la corde vocale supérieure.

Le ventricule correspondant est sain, mais son orifice est masqué par la tumeur. Sur la face postérieure de l'épiglotte existe une petite tumeur mamelonnée, rosée, et sur la corde vocale inférieure droite on voit de toutes petites saillies comme papillaires, appréciables au toucher.

L'examen microscopique de M. Robin démontre la nature épithéliale de la tumeur, constituée par une prolifération de cellules épithéliales pavimenteuses qui existent normalement sur la face interne des cordes vocales. A l'état pathologique, elles sont seulement plus volumineuses, ainsi que leur noyau.

Ces deux faits sont donc connexes et peuvent établir la séméiologie de cette affection, si rare que M. Dufour n'en a pas trouvé d'autre observation, et que deux praticiens des plus distingués et d'une longue expérience n'en avaient pas vu de semblable et n'ont pu, dès lors, diagnostiquer le premier cas. Ce n'est pas qu'il ait dû s'en présenter, on ne saurait prétendre à la nouveauté de ces deux faits, mais ils sont passés inaperçus ou ont été pris pour d'autres affections; l'autopsie seule, dans le premier cas, en a appris et montré la nature réelle, et, sans cette démonstration anatomique, ce fait intéressant eût encore été perdu pour la science. On était habitué à ne penser aux polypes du larynx que chez les adultes, où ils se rencontrent le plus fréquemment en effet, surtout de trente à cinquante ans, et ce n'est que dans ces dernières années que des

observations en ont été recueillies dans le jeune âge. Ainsi, M. Dufour en reproduit deux d'enfants de dix-huit mois et de trente mois; mais il ne s'agit ici que des polypes congénitaux dont on ne s'était pas encore occupé du tout. Une simple mention s'en trouve dans le *System of Surgery*, de Holmes. Il dit, en effet, « que cette affection semblerait quelquefois congénitale, car on rapporte des cas dans lesquels la dyspnée a existé depuis la naissance »; mais sans observation à l'appui, ni citation d'aucun auteur. L'histoire de cette maladie est donc à faire d'après ces deux faits. En voici les signes principaux :

Aphonie. Ce signe seul, lorsqu'il est persistant et dure depuis la naissance, doit éveiller l'idée d'une affection polypeuse. Il n'y a pas lieu de la confondre avec celle de la laryngite diphthéritique, qui est passagère Il suffit qu'elle existe depuis quelque temps avant les accès de suffocation pour ne pas la confondre avec celle du croup. Il est plus difficile de la distinguer de celle de la laryngite striduleuse, qui dure parfois de un jusqu'à six mois. Sa concomitance seule avec les accès de suffocation en est le caractère distinctif, puisqu'elle les précède toujours un long temps dans le cas de polypes. De même, dans la laryngite œdémateuse. Elle se distingue des formes de l'aphonie produite par le développement exagéré des ganglions bronchiques comprimant les nerfs, car, sur 249 cas d'hypertrophie de ces ganglions, MM. Rilliet et Barthez ont montré qu'il ne s'en est pas développé un seul avant l'âge d'un an. Que la compression ait lieu par un anévrysme, et la dyspnée concomitante, autant que le frôlement laryngien unilatéral signalé par Legroux, servira à la distinguer. La matité à la percussion de la tumeur ganglionnaire ou anévrysmale confirmera le diagnostic.

Enfin l'application du spéculum Labordette pourra éclairer les doutes lorsqu'ils persistent.

Quant au traitement, il y a peu de chose à en espérer. Les vomitifs seuls ont amené du soulagement, et cela devait être. La trachéotomie peut être tentée de bonne heure (*Arch. de méd.*, mars). La laryngotomie thyro-hyoïdienne ne conviendrait-elle pas mieux ?

Étude sur les polypes du larynx chez les enfants, et particulièrement sur les polypes congénitaux, par le docteur A. Causit

162 pages in-8°, avec 26 figures lithographiques. Librairie *Germer Baillière*. Quarante-six observations servent de base à ce travail, qui forme ainsi une monographie intéressante et complète sur ce sujet, sauf quelques lacunes sur la constitution histologique de ces productions morbides, à défaut des données nécessaires, mais que la symptomatologie rachète amplement. Renseigné par la compulsion des ouvrages et des journaux étrangers, et la traduction des faits et des travaux sur ce sujet dans les différents pays, l'auteur a pu fournir ainsi, par l'analyse synthétique, un véritable traité sur ces productions morbides dans le jeune âge, et montrer qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait. En rappelant les faits déjà publiés, il en rapporte huit nouveaux, inédits, qui lui ont été communiqués par les différents chirurgiens qui se sont occupés de la question en France et à l'étranger, avec lesquels il s'est mis en communication. A l'érudition est ainsi réunie l'expérience des autres. Aussi, ce travail sérieux, aussi sobre et réservé de style que riche de fond, a-t-il été distingué et récompensé par la Faculté de médecine.

Polypes muqueux du nez. *Tannin.* La longueur du traitement médical de ces polypes en a seul restreint l'application. Quand ils sont volumineux et accessibles à la vue, M. T. Bryant combine l'arrachement qui n'en prévient pas la récidive avec les insufflations de tannin, soit pour achever leur destruction, soit pour modifier les conditions de la muqueuse et amener ainsi une guérison durable, dont il rapporte les six cas suivants :

I. Femme de trente-six ans. Polypes nombreux des deux côtés. Lotions astringentes ordinaires inefficaces. Guérison complète après l'usage du tannin pendant un mois, et persistant trois ans après.

II. Homme de cinquante-cinq ans. Polypes remplissant les cavités nasales depuis dix ans. Après l'emploi du tannin pendant une semaine, expulsion spontanée d'un polype volumineux sans récidive après un an.

III. Femme de soixante ans. Polypes des deux narines arrachés à cinq reprises. Guérison après quatorze jours d'usage du tannin, persistant deux mois plus tard.

IV. Femme de trente et un an. Polype oblitérant la narine gauche et opéré à plusieurs reprises en six ans. Guérison en dix jours par le tannin.

V. Homme de soixante ans. Polypes oblitérant les deux narines, arrachés à trois reprises. Guérison en quarante jours.

VI. Homme de cinquante-six ans. Polypes des deux narines opérés à deux reprises. Guérison en deux semaines.

Le traitement ici n'est donc pas très-long, et le principal argument contre son emploi tombe ainsi ; mais la guérison était trop récente dans la plupart des cas pour affirmer qu'elle est définitive. (*Lancet*, février.)

Polypes naso-pharyngiens. *Emploi du laryngoscope.* Au lieu des grandes mutilations préliminaires pratiquées dans ces derniers temps pour arriver à l'ablation sans récidive des polypes naso-pharyngiens, M. Herrgott tend à en distinguer le traitement d'après leur siége, leur lieu d'implantation. S'ils réclament ces mutilations quand ils s'implantent sur le sphénoïde ou l'ethmoïde, il n'en est pas de même quand ils siégent sur l'apophyse basilaire, comme il l'a démontré par un succès remarquable. Mais, ici, l'emploi du miroir laryngoscopique est indispensable aussi bien pour constater le lieu d'implantation que pour guider le chirurgien dans les opérations qu'il doit pratiquer.

Il l'employa ainsi chez un garçon de vingt-quatre ans, admis à l'hôpital civil de Strasbourg le 9 février 1865, porteur d'un polype très-saignant, pendant derrière le voile du palais, entre la luette déviée à droite et le pilier gauche, et du volume d'un petit œuf de poule aplati. L'examen avec le miroir laryngoscopique montre son pédicule de la grosseur du petit doigt, très-court, implanté à la partie latérale antérieure gauche de l'apophyse basilaire. Le 16 février, une ligature avec un fil de fer recuit fut placée sur le pédicule et serrée avec le porte-nœud de Graefe, profondément introduit dans la narine gauche. Afin de prévenir la chute du polype pendant le sommeil, il fut fixé par un fil pendant hors de la bouche, et, dès le lendemain, en effet, il tomba et fut extrait par le malade. Il se sent dès lors délivré de son incommodité, et l'on découvre à l'examen laryngoscopique la plaie rouge, comme une pièce de 20 centimes, à la partie latérale gauche de l'apophyse basilaire, en voie de cicatrisation. Le malade est renvoyé chez lui.

Mais, un an après, l'embarras de la respiration reparaît, et l'on sent une nouvelle tumeur à la place de la première en y portant le doigt, et que le laryngoscope découvre absolument semblable à la première.

Le 5 mai 1866, on l'étreint avec le serre-nœud comme la première fois, et, le sixième jour, il tombe ressemblant exactement au premier, sinon en volume. A l'examen laryngoscopique cinq jours après, on aperçoit la base d'implantation en voie de cicatrisation; mais, après cette récidive, il eût été imprudent de ne pas chercher à détruire cette base pouvant reproduire une nouvelle végétation.

La première idée fut d'aller détruire tout le revêtement muqueux et fibreux de l'apophyse basilaire, au moyen d'une rugine recourbée passant sous le voile du palais. Mais, en faisant passer un fil de fer droit pour examiner la région par cette voie avec le miroir laryngoscopique, M. Herrgott le vit atteindre avec facilité et sûreté le centre de cette région. Une petite rugine, sur une tige d'acier guidée par le laryngoscope et le doigt, manœuvra facilement, et, en quelques minutes, la base du crâne fut entièrement raclée jusqu'à la surface osseuse dans une étendue triple au moins de la base d'implantation.

Cette opération fut très-douloureuse, et l'examen immédiat montra qu'elle était complète. Six jours après, un nouvel examen, par un beau soleil et avec grand miroir de l'appareil Moura, permit de ne constater aucune place suspecte. L'opéré fut renvoyé à condition de se représenter tous les mois. C'est ce qu'il fit, et, sept mois après, on n'apercevait encore aucune trace de reproduction. (*Soc. de chir.* et *Gaz. des hôp.*, n° 25.)

Si, de l'aveu même de l'auteur de cette remarquable observation dont tous les détails sont aussi simples que précis, il était téméraire d'affirmer une guérison radicale et à l'abri de récidive, elle ne démontre pas moins une application du laryngoscope au diagnostic et au traitement de ces polypes si dangereux et qui pourra donner des résultats féconds.

Extraction sous-périostée. Suivant le docteur Larghi, l'ouverture antérieure des os maxillaires supérieurs est la voie la plus naturelle pour l'extraction des polypes naso-pharyngiens. On y parvient en renversant en haut et en arrière la lèvre supérieure, et en faisant une incision gingivo-périostée au-dessus du bord alvéolaire de la surface antérieure et latérale des deux maxillaires supérieurs, en y décollant leur périoste et en soulevant avec le levier l'épine nasale antérieure et inférieure.

S'il le faut, on élève et l'on détache avec le levier l'insertion

inférieure de la cloison en la portant du côté droit ou du côté gauche, selon le cas.

Si par la grosseur de la tumeur, l'ouverture indiquée n'a pas de grandeur suffisante, le périoste des bords des maxillaires étant déjà détaché, on emporte de ces derniers ce qui est nécessaire.

Par cette méthode, on laise intact le visage et l'on ne touche pas au palais, parties qui étaient gâtées par les méthodes antérieures. (*Giorn. della R. Acad. di medicina di Torino*, nº 6.)

Polypes intermittents de l'utérus. On savait de longue date que parfois ils apparaissent en dehors du col de l'utérus et rentrent ensuite dans l'utérus de manière à ne pouvoir plus les constater à un examen subséquent. Aucune autre cause n'était attribuée jusqu'ici à cette sortie périodique, que les contractions accidentelles de l'utérus, qui, en cessant, permettent à ce corps étranger de rentrer par retrait de son tissu ou de son pédicule. M. Larcher, en examinant de nouveau les faits observés par lui ou rapportés par d'autres auteurs, a découvert que cette apparition intermittente de certains polypes utérins coïncide avec l'apparition des règles comme il en rapporte plusieurs exemples. Là en serait du moins la cause la plus fréquente, la plus ordinaire. D'où l'indication d'examiner les femmes à ce moment surtout, pour établir son diagnostic et même de les opérer de préférence à cette époque. (*Arch. de méd.*, janvier et février.)

POULS. Les variations du pouls, selon la position et la diminution de ses battements dans la position horizontale, sont aujourd'hui des faits patents. D'après cette observation clinique de Graves, confirmée depuis par les expériences sphygmographiques, qu'il est plus lent dans la position horizontale, le docteur Tufnell de Dublin a même basé le traitement des anévrysmes sur cette différence et en a obtenu des succès remarquables. A son tour le docteur de Renzi tend à en faire un signe diagnostique important. Suivant cette observation, cette différence est proportionnée aux forces du patient. Elle est ainsi moins grande chez les vieillards, les valétudinaires et à la période ultime des maladies. Plus la maladie est déprimante, plus la différence est sensible au début. Elle est le thermomètre de la dépression des forces par la réduction des matériaux organiques.

Le maximum de cette différence s'observe par cette raison dans la fièvre hectique. Dans les affections typhiques et typhoïdes, la simple position assise sur le lit augmente considérablement le pouls du patient. Et de même de toutes les maladies atteignant profondément la nutrition. Si donc cette différence ne peut servir de critérium diagnostique, elle indique du moins le caractère et le degré du mal. Elle est surtout un signe précieux de l'état des forces du malade et en devient une mesure des plus sensibles. En examinant le pouls à cet égard, on juge à coup sûr si le malade peut se lever sans craindre la syncope ni les autres accidents résultant de la position verticale. (*Filiatre Sebezio.*)

Dicrotisme. A l'aide d'un nouvel appareil sphygmographique, ce phénomène qui ne s'observait autrefois que dans quelques cas pathologiques, notamment comme précurseur des hémorrhagies, et que M. Marey a décrit depuis comme un état normal du pouls, M. le docteur Ozanam l'a confirmé comme tel et l'a précisé davantage en montrant qu'il est même triple, dans certains cas. Son schéma photographique montre en effet qu'après être monté d'un seul bond au sommet de l'échelle, il redescend par trois chutes successives au niveau inférieur. D'après ses observations, la première ondulation correspondrait à l'impulsion du cœur gauche, la deuxième à celle du cœur droit et la troisième à l'élasticité des artères ou à la contraction des oreillettes...? (*Acad. des sc.*, août.)

POUMON. Vésicule pulmonaire. A l'aide de nouveaux procédés de préparations microscopiques, M. Villemin a confirmé l'existence du noyau interstitiel de la cloison alvéolaire constatée par M. Robin et plusieurs micrographes allemands. Le laborieux investigateur y voit ainsi la négation positive de l'épithélium, admis plutôt par induction que par démonstration pour expliquer la génération des proliférations morbides dans la pneumonie et la tuberculose. Ce noyau interstitiel, en révélant la présence d'un élément conjonctif, rend beaucoup mieux compte qu'un élément épithélial de ces phénomènes morbides. Étant détruites, les considérations théoriques sur lesquelles étaient basées presque exclusivement l'existence de l'épithélium des vésicules pulmonaires, celui-ci n'a plus de raison d'exister ; les objections

faites à sa présence n'en sont au contraire que plus nombreuses et décisives. (*Arch. de méd.*, octobre 1866.)

Anatomie et physiologie du poumon considéré comme *organe de sécrétion*, par le docteur Fort. Mémoire grand in-8, avec 40 figures intercalées dans le texte. Démonstration que le poumon est une glande et un appareil de sécrétion. Sa fonction serait ainsi double.

PRIX. Voici l'indication de ceux mis au concours par les principaux corps savants pour 1868.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix de l'Académie : Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus, 1000 fr.

Prix Portal : Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes, 600 fr.

Prix Civrieux : Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée, 800 fr.

Prix Capuron : Du traitement des affections utérines par les eaux minérales, 1500 fr.

Prix Barbier : 2000 fr.

Prix Orfila : De la digitaline et de la digitale.

Isoler la digitaline ; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline.

Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ?

Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu ?

Jusqu'à quel point et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de

l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement? 4000 fr.

Prix Godard : Le meilleur mémoire sur la pathologie interne, 1000 fr.

Tous ces mémoires, écrits en français ou en latin, devront être parvenus, dans les formes académiques, excepté les ouvrages pour les prix Itard, Godard et Barbier, avant le 1er mars 1868.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Pour 1869 : Application de l'électricité à la thérapeutique, 5000 fr. Clôture le 1er juin 1869.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix Montyon. Médaille d'or de 400 francs accordée au meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente. Étudiants et docteurs sont admis à concourir. Clôture le 1er juillet.

Prix Barbier. 2000 francs sont proposés chaque année à qui a inventé une opération, des instruments, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale, et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Clôture le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. 2000 francs sont décernés chaque année au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente et déposé du 1er au 31 janvier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS.

Prix Phillips. « Rechercher et démontrer jusqu'à quel point la méningite tuberculeuse peut être guérie ou prévenue, et quels sont les moyens les plus propres à atteindre ce double résultat. »

Les points suivants peuvent aider la solution de la question :

Relevé des observations publiées sous les noms d'hydrocéphale, fièvre cérébrale, méningite granuleuse ou tuberculeuse, s'attachant surtout aux cas de guérison ; faire voir si ce sont

bien des cas de méningite tuberculeuse, de quels degrés ils étaient, s'ils ont été réellement guéris et par quels moyens.

Apporter autant que possible des observations nouvelles.

Examen des familles vouées à la méningite tuberculeuse, en montrant comment certains membres échappent ou succombent, et voir si l'on peut en déduire une médecine préventive.

D'après les antécédents des malades, voir s'il n'y a pas eu des manifestations antérieures; savoir comment ces premières poussées ont été conjurées, et en déduire, si faire se peut, une médication préventive ou curative.

Étude des constitutions médicales où la méningite tuberculeuse semble presque épidémique, afin d'en saisir les causes autres que la diathèse, et déduire de ces causes des moyens de traitement préventif et même curatif.

Comparer les degrés de fréquence de la méningite dans les campagnes et dans les villes, et en tirer des preuves relatives à une médecine prophylactique.

Les mémoires, écrits en français, devront être inédits et adressés, dans les formes académiques, avant le 1er avril 1870, à M. le docteur Lallier, secrétaire général de la Société, rue Caumartin, 22. — 2000 fr. de récompense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

I. « Fixer expérimentalement les avantages et les inconvénients des différents charbons employés dans la décoloration; montrer si leur action est physique ou chimique et quelles sont les espèces préférables.

II. « Histoire des croyances sur l'influence des astres dans l'apparition et le cours des maladies et de leur fondement scientifique.

III. « Texture du centre nerveux cérébro-spinal.

IV. « Étude des paralysies dans toutes leurs espèces. »

Une somme de 500 francs avec médaille d'or et le titre de correspondant, ainsi qu'un accessit avec médaille d'argent et le titre de correspondant, seront la récompense des lauréats sur chaque question.

Les mémoires écrits en espagnol, et adressés suivant les formes académiques au secrétaire de l'Académie, devront lui être parvenus le 1er septembre de chaque année.

COLLÉGE ROYAL DES MÉDECINS ANGLAIS.

Médaille Baly. Valeur en or de 500 francs. Décernée tous les deux ans à l'auteur du meilleur travail original ou de la plus grande découverte faite en physiologie dans les deux années précédentes.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE FERRARE.

Causes, processus et formes anatomiques de la gangrène.

Les mémoires, écrits en latin, italien ou en français, doivent être parvenus franc de port et dans les formes académiques au secrétaire, le 31 août 1868. Médaille d'or de 500 fr.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BOLOGNE.

Prix Sgarsi et Gajani pour 1870.

Exposer et apprécier la part revenant aux Italiens dans l'avancement de la science et particulièrement de la chirurgie depuis le commencement du XIXe siècle.

Les mémoires écrits en italien, en latin ou en français, devront parvenir *franco* au secrétariat de la Société en 1869. 2000 fr. de récompense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Rechercher quelles sont les fonctions dévolues aux diverses parties de l'encéphale par des expériences sur les animaux vivants, des observations cliniques et nécroscopiques, et d'anatomie comparée. Prix 1500 fr.

Histoire chimique de la digitaline, ses caractères distinctifs et sa composition établie sur de nouvelles expériences. Donner un procédé pour son extraction à l'état constant et défini, avec un échantillon du produit obtenu. Prix 500 fr.

Clôture du concours le 1er avril 1868.

Exposer et discuter les moyens prophylactiques que, d'après les faits et les expériences, on peut opposer à l'invasion et à la propagation du choléra. Une médaille de 1000 fr.

Symptômes, causes, lésions anatomiques et nature du typhus contagieux épizootique chez les divers animaux susceptibles de le contracter, avec les caractères différentiels des affections typhoïdes qui peuvent les faire confondre ensemble. Une médaille de 1200 fr.

Clôture du concours le 1er janvier 1869.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES.

Prix Dieudonné. I. Établir sur des observations cliniques, et autant que possible sur des expériences, l'étiologie des affections du cœur et discuter au point de vue des données de la physiologie et de la thérapeutique, les signes différentiels que présentent les diverses affections et les modes de traitement qui leur conviennent.

II. Déterminer les effets des sels calcaires et de leur diminution dans l'organisme animal. Considérant que la chaux est l'oxyde qui contribue pour la plus large part à composer l'organisme des mammifères, et surtout de leur système osseux, on demande le résultat de l'administration des sels de chaux sur les animaux et les effets de l'absence de chaux dans leur alimentation, afin d'en déduire des corollaires de pathologie et de thérapeutique utiles à la médecine.

III. Déterminer, en s'appuyant à la fois sur des données étiologiques et sur la discussion raisonnée des différentes circonstances qui doivent intervenir dans la climatologie médicale, quelles sont les stations les plus convenables pour la prophylaxie ou la guérison de la tuberculose pulmonaire dans ses différentes formes et à ses différents degrés.

IV. Discuter les différentes méthodes de traitement des plaies et déterminer quel est, au point de vue actuel de la thérapeutique, le mode le plus avantageux.

Une médaille d'or de 200 francs pour chaque question.

V. De l'ozène ; causes, siége et nature. En décrire les variétés, la marche, les symptômes, le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement.

VI. Histoire des phosphates de fer ; leurs propriétés et les moyens de les obtenir. Établir leur constitution chimique ainsi que celle des produits solubles que quelques-uns forment au contact de certains sels, comme les citrates alcalins.

Une médaille d'or de 100 francs.

Clôture du concours le 1er juillet 1868, pour l'envoi des manuscrits, à M. Van den Corput, 4, rue du Parchemin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix Aubanel. Des accidents convulsifs dans la paralysie générale. 800 francs de récompense. Envoi des mémoires jus-

qu'au 31 octobre 1868 à M. Loiseau, rue Vieille-du-Temple, 26, à Paris.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE.

De l'allaitement maternel étudié au triple point de vue de la mère, de l'enfant et de la société. 500 francs de récompense. Clôture du concours le 15 décembre 1867.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Caractères qui établissent la viabilité chez les nouveau-nés au point de vue de la médecine légale. 300 francs de récompense. Terme du concours : 31 août 1868.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Pour 1869 : apprécier, en s'appuyant sur des faits cliniques, les résultats de la chirurgie conservatrice, 300 francs.

Pour 1868, nous rappelons que la question est la contagion de la phthisie pulmonaire, sur laquelle l'inoculabilité du tubercule a ramené les esprits.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE.

I. Poser les bases d'un système quarantenaire uniforme pour toutes les nations. Médaille d'or de 200 francs.

II. Études sur les eaux du canal de Marseille, considérées au point de vue physique, chimique, micrographique et hygiénique. Médaille d'or.

III. De la liberté de l'enseignement médical. Médaille d'or.

Adresser les mémoires en français, au siége du Comité, à Marseille, rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars 1868.

PRURIGO. Dans son service d'hôpital comme en ville, M. le docteur Schacken le traite depuis plus de vingt ans avec succès comme la gale. On savonne tout le corps du patient avec 250 grammes de savon gras ; on enlève le savon dans un bain : on essuie le corps et on le frotte avec 100 grammes de sulfure de calcium liquide. Le malade rentre dans le bain, où on le débarrasse du médicament resté sur la peau ; cette opération dure une heure à une heure et demie ; le résultat est ab-

solument le même que pour la gale; il est très-rare d'être obligé d'y recourir une seconde fois.

Quant au prurigo de l'anus et des parties génitales, le moyen le plus efficace est le vinaigre *pur*, quand il n'y a pas d'érosion de l'épiderme; mais il faut y avoir recours avec persévérance, même après la guérison, pour éviter la récidive. (*Abeille médicale*, n° 21.)

PRURIT. Prurit de la vulve. Aux lotions d'alun, de borax, de carbonates de potasse et de soude, de sublimé corrosif, d'eau de chaux, les hypochlorites alcalins, M. Delioux de Savignac, après des expériences comparatives, préfère la formule suivante :

Hydrolat de laurier-cerise.........	15	grammes.
Carbonate de potasse.............	30	—
Eau.........................	500	—

S'emploie à froid à l'aide d'une éponge.

PSEUDARTHROSE. Fréquence. C'est une déception fort désagréable pour le chirurgien que de trouver, après tous les soins donnés à la consolidation d'une fracture, que les deux fragments ne sont pas réunis. Heureusement cet accident est fort rare. Sur 4000 fractures traitées à l'hôpital Middlesex, Lonsdale n'a trouvé que 4 ou 5 cas de pseudarthrose. Liston n'en a rencontré qu'un seul dans toute sa pratique. Sur 946 fractures, Norris n'en a pas trouvé un seul (*Holmes's System of Surgery*, t. 1, p. 793). Suivant M. Paget, on peut dire qu'il y a approximativement un cas de pseudarthrose sur 1000 fractures.

Il conviendrait de distinguer ces cas suivant les os, car les insuccès sont beaucoup plus fréquents sur les os longs que sur les autres. Deux cas s'en sont ainsi présentés simultanément sur l'humérus à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, dans le service de M. Paget. En employant les vis métalliques à tête de M. Bickersteth (voy. *Année* 1865) la consolidation ne se fit pas attendre. (*Lancet*, p. 606.)

Une prédilection malheureuse et toute spéciale pèse en effet sur l'humérus, comme le prouve une fois de plus l'observation suivante de M. Demarquay. De tous les os longs, il est même

le plus souvent frappé de pseudarthrose, comme en témoigne la statistique de M. Bigelow. Sur 11 cas, il figure 9 fois !...

Traitement. Des nombreux moyens successivement proposés pour la consolidation des pseudarthroses, le praticien, mis en demeure de faire un choix à cet égard, ne sait souvent auquel recourir. Loin d'en préconiser un à l'exclusion des autres, comme on le fait trop souvent, c'est à une méthode mixte, ou plutôt composée, qu'a recours M. Bigelow, professeur de chirurgie à l'Université Harvard, de Boston. Combinant la résection avec l'autoplastie périostique et la suture des fragments, il est arrivé à obtenir 10 succès sur 11 opérations de ce genre pratiquées 9 fois sur l'humérus, 1 fois sur le radius et 1 sur le fémur. Ce fait est assez remarquable pour être signalé. Plusieurs autres moyens, comme le séton, les vésicatoires, la rugination, l'excision même, avaient été vainement employés auparavant, et la mobilité persistait depuis 1 an jusqu'à 5 dans la plupart des cas. Voici comment l'auteur décrit son procédé :

« Les extrémités de la fausse articulation doivent être liées au point le plus superficiel, à moins que des troncs vasculaires ou nerveux en empêchent. C'est en dehors, sur le bras, dans tous les cas que j'ai observés. Une large incision est pratiquée pour le libre écoulement du pus. Le nerf *musculo-spiral*, souvent déplacé, doit particulièrement être ménagé. Les extrémités ainsi mises à nu, l'intervalle, souvent irrégulier et noueux, est divisé, et les deux fragments tournés en dehors pour en faire la dissection sans séparer les muscles du périoste où ils sont unis. Une incision cruciale est faite sur le cal vicieux qui recouvre le périoste à l'extrémité, laquelle est saisie avec de fortes pinces et séparée des rugosités de l'os primitivement enflammé. Les adhérences terminales détruites par la dissection, les lambeaux cèdent, et l'on découvre la partie saine de l'os jusqu'où le périoste se détache facilement. Le fragment osseux est ensuite reséqué à la hauteur voulue. Un demi-pouce d'étendue avec une extrémité conique est une bonne règle dans la plupart des cas, et cette étendue de périoste cylindrique avec les tissus anormaux adhérant à son extrémité suffisent à la reproduction de l'os.

Il ne s'agit plus, dès lors, que de la suture des fragments ; chaque extrémité est perforée à cet effet jusqu'au canal médullaire seulement, avec un bon foret, à un demi-pouce de distance environ de la résection. Un fil métallique d'argent ou de

cuivre, sort par le canal médullaire, qu'il parcourt dans l'autre extrémité pour sortir par le trou qui y est pratiqué. Les deux bouts en sont réunis et tordus ensemble avec soin pour sortir par la plaie, qui est réunie par des sutures et pansée simplement. Un appareil inamovible est appliqué, et les fils restent en place jusqu'à la consolidation des fragments, soit de quatre à six mois en général, sans produire d'accidents. » (Extr. des *Leçons* du professeur Bigelow, in *Boston med. and surg. Journal ;* mai.)

Essai sur les pseudarthroses consécutives aux fractures des membres et sur les moyens d'y remédier, par le docteur Gustave Puel, accompagné d'un tableau résumant les résultats statistiques de M. T. Gurlt, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin, et d'une planche représentant les appareils à extension permanente de MM. Lefort et S. Laugier.

Pseudarthrose de l'humérus. *Suture.* Une jeune fille avait fait une chute d'un lieu élevé dans laquelle elle s'était fracturé la rotule et l'humérus. La rotule se consolida parfaitement, mais il n'en fut pas de même de l'humérus, dont les fragments conservaient, au bout de quinze mois, leur mobilité anormale, malgré les soins intelligents que la blessée, fille d'un médecin, n'avait cessé de recevoir. Tout avait été inutilement essayé pour provoquer la consolidation. La santé générale étant excellente, M. Demarquay tenta la suture des fragments, remise en honneur par M. Bérenger-Féraud (voy. FRACTURES, *Année* 1864). Et cela avec d'autant plus de chances de succès dans ce cas que, sur sept observations de fractures non consolidées de l'humérus traitées par ce moyen ultime, de 1825 à 1856, on compte cinq guérisons, une amélioration notable et un seul insuccès. Il était donc tout rationnel d'y recourir.

Après avoir chloroformé la patiente, M. Demarquay pratiqua une incision à la partie externe du bras, longue de 7 à 8 centimètres, de manière à mettre à nu les fragments dont les extrémités conoïdes ne présentaient pas trace de formation de cal. Attirés successivement au dehors, ces deux fragments, dénudés préalablement de leur périoste, furent reséqués dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. A l'aide d'un petit vilebrequin il pratiqua, sur chacun des fragments, une petite perforation de 4 à 5 millimètres de diamètre à travers

laquelle il passa une anse de fil métallique, dont les deux bouts, amenés au dehors, furent réunis et tordus. Un appareil approprié immobilisa les parties et fut remplacé bientôt par un bandage dextriné. Après quarante jours, le fil métallique fut enlevé, après quoi un nouveau bandage dextriné fut réappliqué jusqu'à la consolidation.

Soumis à la *Société de chirurgie*, le cas a paru aussi satisfaisant que possible. Les fragments sont réunis par un cal épais dont on peut constater la solidité sur la jeune fille. C'est donc un succès de plus à l'avoir de cette méthode.

Pseudarthrose de la rotule. *Suture.* Si différentes tentatives analogues ont été faites pour rapprocher les fragments écartés de la rotule par une soudure fibreuse, M. Logau paraît le seul qui l'ait réalisée jusqu'ici chez un homme de trente ans, dont la fracture transversale n'avait été diagnostiquée que trois semaines après l'accident. Après sept semaines de traitement, M. Logau trouva, entre les fragments de la rotule, un intervalle de trois quarts de pouce, même la jambe étant dans l'extension ; intervalle plus considérable dans la flexion. Une sorte de cal fibreux, dû probablement au tissu aponévrotique recouvrant la rotule, en réunissait d'une manière très-imparfaite les fragments, tellement que le doigt pouvait être introduit dans la dépression qui les sépare. Dès lors, le chirurgien procéda à l'opération suivante : le membre, fléchi à un angle de 45 degrés, fut placé sur une large attelle et le patient chloroformisé. Puis, une incision de 3 pouces de long fut faite immédiatement au-dessus de l'axe longitudinal de la rotule et jusqu'à l'os. Prenant ensuite un ténotome, il l'introduisit sous la peau et détacha le tissu fibreux épais revêtant les deux fragments. Dans un second temps, il creusa, avec un poinçon, un trou diagonalement à travers chaque fragment. Un gros fil d'argent y fut passé, et, par une torsion énergique en dehors de la plaie, les fragments rapprochés le plus possible. Des compresses d'eau froide furent tout le pansement consécutif et la plaie se réunit par première intention, sans tuméfaction ni suppuration notable.

Six semaines après, la consolidation parut si parfaite que l'on enleva la suture métallique, et les mouvements furent commencés durant quatre semaines. L'opéré marchait sans béquilles le quatrième mois, et le sixième il reprenait sa profession de

conducteur de voitures. La consolidation était parfaite et toute fibreuse, avec autant d'avantages pour la station et la marche que si elle eût été osseuse. (*The Pacific med. Journal.*)

PULVÉRISATION. Pulvérisation de l'éther. A l'accueil empressé qu'a reçu la méthode du docteur Richardson pour son emploi en chirurgie, et qui l'a fait employer à peu près dans tous les cas où il s'agissait d'éteindre la douleur sur place, succède aujourd'hui son emploi en médecine. Par sa double action d'anesthésique et de réfrigérant, elle a diverses indications qui y ont fait recourir avec succès dans un cas de manie aiguë, la chorée, les hernies, pour en faciliter la réduction ; la métrorrhagie résultant de l'inertie utérine, les névralgies (voy. ces différents mots); les plaies, pour en calmer la douleur, et même certaines néoplasies, comme le lupus, par exemple.

M. Richardson, ayant arrêté à la fois la douleur et les convulsions, a essayé l'action du froid externe dans les convulsions tétaniques, et les résultats ont été des plus satisfaisants. Une grenouille est empoisonnée par la strychnine, et si, dès que les convulsions se produisent par une légère excitation, on congèle avec la pulvérisation le système cérébro-spinal, toute convulsion cesse, l'influence de la strychnine est annulée. Malheureusement il y a de grandes difficultés d'application à cause de la profondeur de la moelle. (*Med. Press*, juin.)

Gangrène consécutive. Cet accident s'est produit chez une femme opérée par M. Lawson, à *Middlesex hospital*, pour un abcès rétro-mammaire. Il est vrai que la congélation *fut maintenue pendant quelques minutes.* Il s'ensuivit une eschare de trois quarts de pouce carré (*Lancet*). Il faut donc éviter de prolonger le refroidissement par l'éther.

PURPURA HÆMORRHAGICA. Au lieu de commencer sur les jambes, les cuisses, les bras et le tronc, suivant les descriptions classiques, M. Renault rapporte un cas observé à l'hôpital de Lourcine, où il commença par de petites taches, les unes rouges, les autres légèrement violacées, discrètes, qui s'étendirent rapidement sur les avant-bras, les bras, la poitrine, puis sur le ventre et les cuisses, et devinrent énormes au dos et au voisinage des aisselles. De plus, la fille malade était ro-

buste, vigoureuse, et non débilitée comme c'est souvent le cas. Enfin, contre l'ordinaire, une angine des plus intenses, persistante et tenace, se manifesta au point de mettre en danger les jours de la malade. Les amygdales, gonflées, étaient d'un brun foncé et comme gangréneux. Il fallut recourir aux cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, qui provoquèrent le détachement d'eschares volumineuses, pour en obtenir la guérison (*Union méd.*, n° 92). C'est donc là un purpura anormal dont on n'a pas su saisir l'étiologie.

Dans plusieurs cas observés par le docteur Vépan, la quinine, employée toujours chimiquement pure, a paru en déterminer l'apparition. Ainsi, chez une femme de cinquante ans qui prit, toutes les six heures, 10 centigrammes de sulfate de quinine pour une névralgie, et 15 centigrammes le lendemain, un vésicatoire ayant été appliqué à l'aisselle, le jour suivant, la place du vésicatoire était toute noire ; il en suintait une sérosité sanguinolente et tout le corps était recouvert de taches de purpura. La quinine fut suspendue, et l'on y substitua les acides minéraux ; au bout de neuf jours, tout le corps était sain ; l'aisselle était guérie au bout de quinze jours. L'auteur prescrivit ensuite de la quinine à la malade pour des douleurs de dents, et le purpura reparut.

Une autre femme prit de la quinine pour se débarrasser d'une fièvre tierce ; le second jour elle eut une épistaxis ; le corps était couvert de taches de purpura, les gencives saignantes. Les selles étaient foncées et sanguinolentes. On suspendit la quinine et l'on donna des acides minéraux pendant trois jours, puis un laxatif, et au bout de huit jours les taches avaient disparu.

Un garçon de douze ans, présentant une faiblesse générale, prit de la quinine. Au bout de quelques jours, il se développa du purpura, mais la quinine fut continuée assez de temps pour essayer son action ; le purpura augmenta, les gencives saignèrent. On cessa la quinine, on donna des purgatifs salins, et au bout de dix jours la peau était saine.

Enfin, un homme qui prenait de la quinine pour une fièvre larvée, ne présentait encore au bout de quinze jours aucune trace d'affection cutanée. Rendu attentif à ce sujet, on crut qu'il y échapperait; trois jours après, il eut néanmoins vingt taches sur les épaules. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

PUS. *Élimination par l'urine.* Voy. PÉRITONITE.

PUSTULE MALIGNE. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. Un homme de trente-cinq ans se présente à la clinique du professeur Gosselin avec une eschare noirâtre et molle, d'un centimètre de haut sur 7 à 8 millimètres de large, à la partie antérieure de la cuisse gauche entourée d'une surface d'un rouge érysipélateux de cinq à six travers de doigt d'étendue, sans gonflement apparent. Elle s'est développée pendant la nuit sans cause appréciable ; base dure autour de l'eschare avec un peu de chaleur sans douleur vive ; état général de souffrance, pâleur, peau chaude, 88 pulsations, mauvais sommeil, inappétence.

En même temps se trouvait dans les salles un enfant de quatre ans, fils de mégissier, portant sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, une eschare sèche d'un centimètre de diamètre arrivée au quatrième jour de son évolution avec quelques vésicules autour et un gonflement considérable élastique, sans rougeur, indolore; absence de symptômes généraux.

De là les analogies et les différences suivantes des deux cas.

Eschare de même étendue formée en un jour dans le premier, en trois dans le second ;

Rougeur vive survenue avec l'eschare dans le premier, point de rougeur dans le second.

Induration à la base de l'eschare sans gonflement dans le premier, gonflement étendu dans le second ;

Dans le premier, état fébrile malgré le début des accidents; point de fièvre dans le second remontant à trois jours.

Donc celui-ci seul est un exemple de pustule maligne cautérisée avec le beurre d'antimoine et excisée en partie, tandis que le premier est une forme très-insolite d'érysipèle développé autour d'un ecthyma ou d'un furoncle. L'étendue rapide de l'eschare, la rougeur sans gonflement excluent la pustule maligne. L'érysipèle bénin a en effet parcouru ses phases et a guéri rapidement. (*Gaz. des hôp.*, n° 35.)

PYOHÉMIE. *Perchlorure de fer.* Ce n'est plus seulement à l'extérieur de certaines plaies de mauvaise nature, anthrax, pourriture d'hôpital, gangrène, que M. le docteur Dauvergne conseille de l'appliquer; il a été devancé depuis plusieurs années par divers chirurgiens civils et militaires, alors même que l'on ne possédait

pas encore l'excellente solution chimiquement neutre et stable d'Adrian, pour s'en tenir là avec une préparation d'un emploi si facile et si sûr. Encouragé par le succès de son usage interne dans un anthrax grave, compliqué de symptômes de résorption purulente, il le considère comme le meilleur modificateur local et croit qu'il n'y a pas d'inconvénient à l'administrer à l'intérieur dès les premières manifestations de l'anthrax, puisqu'il ne saurait agir contre la néoplasie elle-même ni contre les troubles circulatoires réactionnels; au contraire d'après le fait qu'il rapporte, il ne voit qu'avantage à l'administrer dès le début dans les cas plus simples et plus légers pour en arrêter la marche, de même que dans les premières manifestations du furoncle pour en prévenir la reproduction. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

R

RAGE. Étiologie. Tous les animaux enragés, autopsiés par M. le docteur Menecier de Marseille, ont été trouvés gras et dans un état d'embonpoint prononcé. Depuis vingt ans, il n'a pas été observé un seul cas de rage à Marseille chez les chiens errants exposés au jeûne, aux privations, non plus que parmi les chiens fatigués, amaigris.

Pour éclaircir ce point d'étiologie, plus de soixante chiens ont été enfermés pendant des mois dans des chenils sans air et de mauvaises conditions hygiéniques, couchant sur de la paille moisie, ne vivant que d'eau pourrie, viandes infectes, et en étant même souvent privés pendant 24 heures. Ils ont succombé à des lésions abdominales, des convulsions, etc. jamais à la rage.

Le 25 avril 1864, trois chiens et deux chiennes dans des conditions identiques sont inoculés aux oreilles, entre les épaules et aux organes génitaux. Un chien et une chienne sont placés dans une même cage étroite et obscure avec une simple ration de pain de munition trempé dans des eaux grasses et de l'eau à discrétion. Les autres étaient bien logés et bien nourris.

La maigreur survint rapidement chez les premiers. Le 4 juin, la rage se déclare chez un des animaux bien nourris. On le sépare des autres et il meurt le 7 juin.

Le 13, la chienne bien nourrie est atteinte de même et succombe dans la paralysie le 15. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 17.)

Prophylaxie. Mieux que d'arracher les canines comme on l'a proposé (voy. *Année* 1864), M. le professeur Lafosse se borne à les émousser sinon à les recouvrir d'une espèce de coiffe mousse en métal inoxydable et se fixant sur la dent au moyen d'une vis. (*Rev. méd. de Toulouse*, avril.) Un choix n'est guère possible entre ces divers moyens à peu près impraticables.

Cantharides. L'usage n'en est pas précisément nouveau, car Szerlecki parle de leur emploi interne et externe dans son *Dictionnaire de thérapeutique*, mais la formule proposée par le docteur Mijno est toute différente. C'est sous forme de pommade et comme remplaçant la cautérisation qu'il les emploie exclusivement sur la morsure pendant quarante jours consécutifs à la dose suivante :

℞ Poudre de cantharides	6	grammes.
Teinture de cantharides	6	—
Axonge	30	—

Mêlez.

Trois applications par jour.

Depuis trois ans qu'il emploie ce moyen, l'auteur a recueilli neuf observations qu'il a présentées à l'Académie de médecine de Turin, comme preuve de son efficacité. Mais l'Académie ne les a pas trouvées convaincantes et après une discussion à ce sujet dans la séance du 25 janvier dernier, la commission n'ayant pu instituer d'expériences comparatives sur les animaux, elle a suspendu son jugement en invitant le docteur Mijno à poursuivre ses recherches et à les faire connaître à l'Académie.

Le but de cette pratique étant tout simplement de favoriser la suppuration de la plaie, on pourrait cautériser tout d'abord pour l'acquit de sa conscience et appliquer la pommade ensuite. Et comme la cautérisation ne prévient pas l'hydrophobie dans la majorité des cas, on pourrait comparer les deux pratiques. Autrement, c'est aux vétérinaires à décider expérimentalement la question.

Traitement. *Électricité.* Aux trois cas relatés dans le *Dictionnaire* de 1864, et qui déjà pouvaient encourager à poursuivre l'expérience par les améliorations obtenues, un cas de guérison par le courant électrique constant a été signalé par les journaux américains. C'est ce qui a incité M. le docteur P. Schivardi, si versé dans les applications électrothérapiques, à proposer à la commission médicale permanente instituée à Milan pour l'étude et le traitement de cette épouvantable maladie, de tenter de nouvelles applications, ce qui fut accepté avec empressement. Une première tentative, faite en 1865 sur Pavesi, fut trop imparfaite pour avoir rien de concluant. La deuxième sur la fille Casnedi, de dix-sept ans, fut plus complète. Dans l'espace de vingt-deux heures, l'appareil resta appliqué dix-neuf d'une manière intermittente, le pôle positif étant fixé à la nuque, et le pôle négatif au sacrum avec une intensité de 14 à 20 degrés, de manière à déterminer trois eschares superficielles au sacrum. Mais les phénomènes rabiques devenant plus graves, la commission incertaine ne voulut pas pousser l'expérience plus loin.

Une dernière application eut lieu, le 14 juin 1865, à l'hôpital *S. Mario-Nuova*, de Florence, sur une vieille femme de soixante-dix ans, en fixant le pôle positif à la nuque, et le pôle négatif sur la face dorsale des pieds; mais avec si peu de force que l'on ne s'étonna pas qu'il n'en soit résulté aucun effet.

La question était donc tout entière à résoudre, quand une occasion nouvelle s'offrit de la juger sur une enfant de neuf ans, Angèle Barozzi, mordue le 19 mars et prise des signes d'hydrophobie le 27 avril. Une batterie de 22 éléments fut mise en action sous les yeux des membres de la commission, au grand hôpital de Milan et les pôles, au lieu d'être fixés à la nuque et au sacrum, furent placés le premier à la plante des pieds, le second au front. L'application dura quatre-vingts heures, d'une manière continue et permanente et en élevant le galvanomètre jusqu'à 34 degrés, au point de déterminer de larges eschares. Sous son influence, à l'excitation épouvantable que présentait cette enfant, succéda bientôt un calme sensible; tous les phénomènes nerveux disparurent, et il y eut du sommeil prolongé et tranquille; la malade mangeait, buvait et causait très-bien. Tous les symptômes hydrophobiques étaient disparus dès le sixième jour de l'invasion. C'était un grand

triomphe, mais il restait une prostration profonde, une faiblesse extrême, avec disposition au sommeil qui allait en augmentant. Une odeur urineuse avec diminution de l'urine se remarqua bientôt. Les urines furent trouvées très-ammoniacales. Ces symptômes urémiques se confirmèrent de plus en plus et enlevèrent la malade le troisième jour. (*Gazz. med. Lombarda*, n° 22, 1866.)

Suivant le docteur Schivardi, ce serait là la seconde période de l'empoisonnement rabique qui n'avait pu encore être entrevue jusqu'ici parce que les malades étaient toujours enlevés dans la première. Mais n'est-il pas bien téméraire et prématuré d'édifier une pareille théorie sur un seul fait? Ce ne peut être là qu'une supposition originale dont les faits ultérieurs montreront la valeur en décidant si ce n'est pas là plutôt un effet de l'intoxication électrique pour ainsi dire.

Une cinquième application a été faite le 10 décembre 1866, sur Émilie Carniti, âgée de vingt-huit mois seulement. Mais l'extrême faiblesse de l'enfant ayant conduit les médecins à n'agir que d'une manière intermittente, en laissant deux heures de repos après deux heures d'application, il n'y a rien à conclure de ce fait quant à l'action du courant continu, permanent, comme il avait été employé dans le cas précédent. L'expérience est donc à reprendre dans ces dernières conditions. (*Idem*, n° 4.)

En résumé, des neuf cas précités, une seule guérison est signalée, et encore n'est-elle pas bien authentique; mais les effets ont été assez marqués dans trois, minutieusement observés, pour être fondé à répéter ces expériences en poussant aussi loin que possible l'action du courant électrique. Devant une aussi horrible maladie, infailliblement mortelle, il n'y a pas à hésiter. La lice est donc ouverte, aux plus résolus d'y entrer.

RATE. Son volume augmente, selon M. Peter, dans un rapport proportionnel avec l'élévation de la température. (Voy. Température). Il semble donc qu'elle soit un organe d'hématopoèse et concoure activement à la production de la chaleur animale.

Elle augmente aussi dans la syphilis héréditaire. — Voy. Syphilis.

Rupture variqueuse. Le 15 avril 1865, mourait subitement à la Charité de Berlin, service du professeur Traube, un jeune homme de vingt-sept ans, qui depuis quelques jours seulement se plaignait d'une douleur aiguë dans le côté gauche. A l'autopsie, presque un litre de sang liquide et de nombreux caillots furent rencontrés dans l'hypochondre de ce côté. La rate, englobée dans ce magma, mesure 6 pouces de long, 5 de large et 2 d'épaisseur. Inégale, bosselée, sa surface est sillonnée de bosselures d'un brun noirâtre, molles et presque fluctuantes, et c'est par une large déchirure d'un de ces vaisseaux variqueux situé à l'extrémité supérieure que s'était échappé tant de sang. L'intérieur était de même sillonné de cavités de formes irrégulières, semblables à des sinus et pleines de sang coagulé. (*Virchow Archiv.* t. 37.) — Voy. SPLÉNOTOMIE.

RÉGÉNÉRATION. S'il a vainement tenté de l'obtenir pour les muscles, M. Legros l'a obtenue pour les cartilages sur des animaux très-voisins de l'homme. Un chien, par exemple, ayant subi la trachéotomie, présenta la régénération du cartilage de la trachée ; puis, sur l'oreille d'un lapin ; enfin, les cartilages articulaires. Introduisant un bistouri à lame très-étroite dans l'articulation, suivant la méthode sous-cutanée, il en tournait le tranchant du côté du cartilage qu'il incisait profondément. Quinze jours après on ne trouvait encore, entre les fragments cartilagineux, que du tissu lamineux développé ou en voie de développement ; mais, dès la troisième semaine, apparaissaient des chondroplastes embryonnaires. A mesure que ces derniers éléments se multipliaient et augmentaient de volume, le tissu lamineux disparaissait. Plusieurs expériences, et entre autres l'extrémité inférieure du fémur d'un lapin adulte, des cartilages articulaires exhibés devant la Société de biologie, montrent que le tissu cartilagineux peut se reproduire, malgré l'opinion contraire d'auteurs très-éclairés. Il n'y a rien d'étonnant dans ce fait, puisque l'os, pour se reproduire, passe par l'état cartilagineux.

La reproduction de la queue d'un lézard et d'un loir dans toutes ses parties, et avec son organisation primitive et même sa couleur au bout du temps fixé, ont montré à M. Legros jusqu'où va cette propriété de régénération. (*Soc. de biologie.*)

M. Philippeaux a de nouveau constaté aussi cette faculté de reproduction des membres après leur résection, mais c'est à

condition d'en conserver une partie comme pour la rate. Ayant enlevé en totalité le membre antérieur gauche, y compris le scapulum, chez cinq axolotls, la cicatrisation s'est faite sans aucune trace de régénération après huit mois d'attente, tandis que sur cinq autres opérés comparativement du membre antérieur droit avec des ciseaux, en conservant le scapulum et la tête de l'humérus, la cicatrice a bientôt commencé à se soulever; il s'est formé une saillie qui s'est accrue graduellement jusqu'à la reproduction complète du membre avec tous ses caractères normaux de forme et de structure. (*Acad. des sc.*, juin.)

REINS. *Abcès.* A propos d'un abcès du rein gauche ouvert dans le côlon descendant, comme l'a démontré l'autopsie, M. H. Gintrac, rapprochant ce fait de ceux de même nature publiés dans les *Annales de la science*, donne, comme signe pathognomonique de la formation du pus, une diminution graduelle, un affaissement progressif de la tumeur rénale coïncidant avec la présence du pus dans les selles. (*Union méd.*, n° 48.)

Abcès périnéphriques. Après les savantes leçons du professeur Trousseau consacrées à ce sujet (voy. *Année* 1865), peut-il y avoir du nouveau à ajouter? Un rapport très-étendu, fait à la Société médicale d'émulation par M. le docteur Gouraud, d'un mémoire de M. Hallé, permet d'en juger. C'est une véritable monographie sur ce sujet, qui ne peut être analysée. (*Idem*, juin.)

Kystes. En se confondant avec ceux des ovaires, ils ont donné lieu à des considérations cliniques d'un haut intérêt pour leur diagnostic différentiel. — Voy. KYSTES.

Recherches expérimentales au sujet de l'action du phosphore sur les tissus vivants, par le docteur Ranvier; brochure in-8° de 20 pages. Librairie *Germer Baillière.*

Deux altérations distinctes en résultent : une véritable stéatose albuminurique, qui serait le résultat de l'élimination du phosphore par les urines, exemptes alors d'albumine, et la stéatose pure, se montrant à une période plus avancée du mal et avec des caractères tout différents qui permettent de les attri-

buer à l'action spéciale du phosphore. Une expérience sur un lapin est le seul appui de cette hypothèse.

RÉSECTION. — Voy. Ostéogénie.

De la résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude, par le docteur Marduel, ancien interne des hôpitaux de Lyon; in-8°, Paris. Elève de M. Ollier, l'auteur a cherché à défendre la doctrine du maître en recueillant en France, et surtout en Allemagne, des faits qui en justifient ou prouvent la justesse. Ces faits sont encore trop rares, néanmoins, pour être décisifs et définitifs, bien que l'Institut de France leur ait donné sa haute sanction en accordant la moitié du grand prix de chirurgie à M. Ollier, et en insistant spécialement sur cette forme de régénération osseuse, par l'organe de M. Velpeau, rapporteur. Cette méthode aura une grande supériorité sur les résections simples, si elle parvient à s'imposer dans la pratique comme préférable à l'évidement. Toute la question est là.

De la résection du poignet, thèse inaugurale par M. Folet, Paris. 70 observations extraites la plupart de recueils étrangers en forment le fonds. 18 de ces opérations ont été pratiquées pour des lésions traumatiques et 52 pour des lésions organiques. Elles ont donné 11 morts en tout, soit 15 pour 100 sans défalquer les opérés qui ont succombé à l'affection diathésique, scrofules ou tubercules dont la carie articulaire n'était qu'une manifestation. Cette proportion comparée à celle de 33 pour 100 qui est la mortalité de l'amputation de l'avant-bras indique assez la préférence à accorder à la première surtout dans les lésions par cause organique. La bénignité des résections partielles confirme encore cette préférence.

RÉTRÉCISSEMENT. Diagnostic. Partant de cette idée nouvelle que le rétrécissement de l'urèthre a lieu par atrophie, par rétraction et non par hypertrophie, comme on l'enseigne, en raison de ce que l'inflammation, en se dissipant, diminue partout le volume de la partie enflammée, M. Teevan, chirurgien du *West London hospital*, cherche à les reconnaître dès la première période, c'est-à-dire alors qu'ils n'éveillent encore ni l'attention du malade, ni celle du médecin, afin de les traiter

par un procédé exempt de tout danger, et s'attaquer à la cause alors que le résultat est à peine appréciable.

La blennorrhée en est le premier symptôme. Elle existe à l'origine de tout rétrécissement et diminue à mesure que celui-ci augmente, en raison de ce que les tissus s'atrophient continuellement. Ce signe joint à l'irritabilité de la vessie, l'incontinence d'urine, une douleur dans quelques points des organes génito-urinaires et diverses sensations anormales qui font recourir au médecin, doit donc faire examiner le canal sans retard.

Il ne suffit pas qu'une sonde n° 10 passe facilement pour nier l'existence d'un rétrécissement, suivant la coutume des chirurgiens anglais. Avec cet instrument, la sensation se distribue uniformément à sa surface et dans toutes les directions, et la résistance, lorsqu'elle est faible, est inappréciable pour le chirugien. Avec une bougie ordinaire n° 9, au contraire, la sensation de résistance est toute concentrée en un point et se transmet avec la plus grande netteté. Après l'avoir glissée jusque dans la vessie, elle sera arrêtée en la retirant au point où une faible résistance s'est manifestée en l'introduisant. C'est là une contre-épreuve infaillible et distinctive du spasme, car on peut mouvoir la bougie librement en avant ou en arrière du point rétréci. La même résistance se trouve à chaque examen sans que le siége varie.

L'endoscope est aussi très-utile pour le diagnostic à la première période. Il montre la muqueuse d'une couleur plus foncée au niveau du point rétréci. Mais tandis que cet examen est toujours plus ou moins laborieux et dure au moins une demi-heure, celui avec la bougie olivaire est rapide et facile. L'endoscope n'est donc indispensable que dans les cas où l'olive ne peut passer, et quand il s'agit de découvrir l'orifice du rétrécissement. (*British and foreign med.-chir. Review*, juillet.)

Rétrécissements de l'urèthre. Au lieu de siéger au niveau du bulbe, à l'entrée de la portion membraneuse, comme on l'admet généralement, M. Verneuil croit après Schaw et Ch. Bell, que dans l'immense majorité des cas ils existent dans la région spongieuse. A l'hôpital du Midi où il a acquis cette conviction par l'examen d'un très-grand nombre de gouttes militaires, il n'était arrêté en effet qu'à la portion membraneuse en se servant d'une fine bougie à olive ; mais dès qu'il la pre-

nait un peu plus grosse il était ordinairement arrêté à une petite distance du méat, le plus souvent entre 4 et 6 centimètres de profondeur et ce n'était que plus loin qu'il rencontrait un deuxième obstacle à une distance invariablement comprise entre 11 et 13 centimètres.

L'erreur viendrait donc de l'habitude de se servir d'une bougie trop fine. Le premier obstacle seul serait dû à une bride fibreuse, à une lésion ; tandis que le second, siégeant dans un appareil musculaire contractile, ne serait que spasmodique et symptomatique du premier. La preuve en est que si l'on réussit à franchir le premier obstacle, on n'a qu'à insister lentement sans violence pour franchir le second. (*Société anatomique.*)

Ce fait, on le conçoit, a besoin d'être confirmé par des observations et surtout des autopsies ultérieures. Mais s'il est réel, la pratique de l'uréthrotomie en recevrait des modifications importantes. Il ne s'agirait plus que par exception de la pratiquer si profondément. On pourrait même s'en passer toutes les fois que la bougie après un premier rétrécissement franchi ne peut vaincre le spasme, cause de la rétention. Il ne s'agirait que de diriger un traitement rationnel contre celui-ci pour la voir cesser bientôt.

Ce que le maître avait émis sous forme de proposition, l'élève l'a confirmé, éclairé, démontré par des observations cliniques. M. Folet, interne de M. Verneuil, sur dix cas de rétrécissements organiques observés à l'hôpital Lariboisière en 1865, n'en a trouvé qu'un seul occupant le lieu d'élection classique, tous les autres siégaient dans les 8 centimètres antérieurs de la région spongieuse. L'emploi d'une bougie olivaire les fait bien reconnaître et tandis que ceux-ci sont fibreux, ceux de la région bullo-membraneuse ne sont que des spasmes, des contractures des fibres musculaires de cette région. (*Arch. de méd.*, avril.) Il y aurait donc en effet de grandes modifications à faire subir au traitement classique de ces rétrécissements et notamment des plus profonds qui ne sont nullement justiciables de l'uréthrotomie.

Un uréthrotome construit sur le modèle du lithotribe pour les calculs de l'urèthre (voy. ce mot) a été fabriqué par M. Mathieu. En dédoublant les deux courbures, dont l'une est une lame mousse protégeant l'autre qui est tranchante, pour l'introduction, celle-ci incise le rétrécissement. (*Académ. de médec.*, février.)

Rétrécissements infranchissables. MM. Demarquay et Cheever emploient dans ce cas de nouveaux modes d'uréthrotomie externe sans conducteur qui ont donné des résultats encourageants. — Voy. Uréthrotomie.

Laminaria digitata. De préférence aux bougies fort coûteuses dont on se sert en Angleterre, M. le docteur Degrand de Moulins se sert de morceaux taillés, polis convenablement et portés directement sur le rétrécissement. Il suffit pour toute sûreté, dit-il, de les engrener pour ainsi dire sur les mors de la pince au moyen d'une rainure circulaire faite à l'une des extrémités. En fixant le mandrin dans cette position au moyen de la petite vis de pression que porte la canule, le dilatateur, ainsi assujetti et saisi, peut être introduit dans l'urèthre au niveau du rétrécissement, sans que l'on ait à redouter de ne pouvoir le retirer, une fois que l'humidité du canal l'aura dilaté et gonflé dans toute son étendue, en deçà et au delà du rétrécissement.

Deux seules précautions préalables sont nécessaires : malaxer ce corps étranger avant son application afin de le rendre souple et flexible et le tremper dans l'eau tiède au lieu d'huile avant son introduction. (*Abeille méd.*, n° 41.)

RÉVULSION. *Scarifications stibiées.* Des scarifications étant faites sur la partie malade avec l'instrument ordinaire, on fait une friction, dit M. Pigeolet, avec une pommade stibiée chargée au quart, au cinquième ou au huitième selon l'intensité de la révulsion que l'on veut obtenir. Dès le lendemain, chaque incision est le siége d'une pustule dont l'aréole inflammatoire, le volume et la forme sont en rapport avec la profondeur et l'étendue de l'incision.

On peut renouveler la friction à volonté et en graduer ainsi l'effet selon l'indication. Bien plus profond et efficace que le Baürnchetisme, ce mode de révulsion offre des avantages dans les névralgies du tronc et des membres, la sciatique surtout parfois si rebelle. Elle est surtout applicable à la campagne où les malades sont en général mal soignés, par son emploi, le médecin peut entretenir une révulsion constante, en surveiller les progrès et l'arrêter au besoin. (*Journ. de méd. de Brux.*)

RHUMATISME. *Thérapeutique comparée.* Recherchant le traitement qui prévient le mieux la complication cardiaque,

M. Dickenson a obtenu les résultats suivants de l'analyse des nombreux et divers cas de rhumatisme aigu traités depuis cinq ans par diverses méthodes à l'hôpital Saint-Georges.

Sur 8 sujets traités par les saignées, 3 eurent une endocardite ou une péricardite ; sur 24 traités par le calomel et l'opium, 6 offrirent la complication d'inflammation cardiaque.

Sur 21 traités spécialement par l'opium (et chez lesquels les bruits du cœur avaient été reconnus normaux avant l'administration de ce remède), il n'y eut pas moins de 14 cas de maladie valvulaire ou péricardique.

Sur 87 traités exclusivement par le nitrate de potasse, un seul présente des symptômes cardiaques. — (A cette indication favorable, on peut ajouter celle du docteur Basham, déclarant, sur 67 cas de rhumatisme traités par le nitre à haute dose, n'avoir observé que six fois la complication cardiaque.)

Sur 62 traités par les alcalins (citrate, tartrate, acétate ou carbonate de potasse ou de soude), on a observé, chez 7, des symptômes de maladie du cœur.

La déduction pratique de ces recherches, dit l'auteur, c'est qu'il est préférable de traiter le rhumatisme en donnant, à courts intervalles, une solution de nitrate, d'acétate et de bicarbonate de potasse, en quantité telle que le malade prenne, dans les vingt-quatre heures; de 40 à 48 grammes des deux derniers sels. 2 grammes d'acétate, avec 4 ou 6 grammes de bicarbonate et 50 centigrammes de nitrate de potasse, est la combinaison qui répond le mieux au but proposé. (*Royal med. and chir. Soc. of London.*)

C'est par un traitement mixte que le docteur Lyons arrive au même résultat, comme en témoigne le fait suivant :

Une fille de vingt-huit ans est admise à l'hôpital Whitworth. pour des douleurs rhumatismales des genoux et des pieds et qui avaient parcouru depuis quatre jours les épaules et les hanches. Elle fut enveloppée dans une grande camisole de flanelle et les draps remplacés par deux chaudes couvertures de laine; on entoura les articulations de cataplasmes chauds avec fleurs de camomille et têtes de pavots concassés.

A l'intérieur, 2 centigrammes d'opium toutes les quatre heures et simultanément 40 grammes toutes les trois heures de la mixture suivante :

℞	Bicarbonate de potasse..............	15	grammes.
	Nitrate de potasse................	6	—
	Acétate de potasse................	6	—
	Infusion de columbo...............	200	—
	Teinture de gentiane..	40	—

Mêlez.

Après six jours de ce traitement, la guérison était complète et le bruit de souffle rencontré au début avait disparu. Aucune douleur par les mouvements articulaires.

Généralisé dans son emploi, ce traitement a donné ce succès, que sur 20 cas il ne s'est produit qu'une seule complication d'endocardite. Le nombre des guérisons a égalé à peu près celui des entrées, 25 environ depuis un an.

Voici comment l'auteur en explique le mode d'action. Le bicarbonate sature l'acide urique et forme un sel soluble éliminé par les reins, sous l'action stimulante de l'acétate et du nitrate. Outre le bien-être que procurent les cataplasmes, ils retiennent les dépôts dans les articulations jusqu'à ce que, devenus solubles, ils soient résorbés. Ainsi est prévenue la tendance métastatique sur l'organe central et par suite son action inflammatoire. L'opium diminue la douleur, prépare le repos en contribuant à alléger les crises nerveuses de cette cruelle maladie. (*Lancet.*)

Malgré cette explication ingénieuse, les faits seuls, s'ils sont aussi concluants, déposent bien mieux de l'efficacité de ce traitement.

Digitale. Administrée par M. Oulmont à un grand nombre de rhumatisants, à la dose de 1 gramme d'herbe pulvérisée en infusion dans 120 grammes d'eau sucrée à prendre d'heure en heure, elle a amené les phénomènes suivants : au bout de trente-six à quarante-huit heures, le pouls et la température commencent à baisser. Vers le troisième et généralement le quatrième jour, il survient des nausées et des vomissements. A partir de ce moment, la chute du pouls se prononce davantage, il tombe de 20 à 40 pulsations, et la température descend de 1 à 2 degrés. En même temps, les manifestations morbides du rhumatisme disparaissent graduellement et quelquefois avec une grande rapidité. La guérison peut avoir lieu en cinq à six jours ; mais elle survient ordinairement du douzième au quin-

zième jour, quand la maladie est simple et sans complications, ou avec des complications peu graves. Chez les individus diathésiques, ou chez ceux qui ont déjà eu des attaques antérieures de rhumatisme, la guérison rapide est rare ; il y a des rechutes plus ou moins répétées sur lesquelles la digitale est sans action. Jamais il n'est survenu de complications aiguës, cérébrales ou cardiaques de quelque gravité.

D'où il conclut que la digitale exerce son action sur l'élément fébrile dont la disparition peut entraîner celle de la maladie elle-même, et paraît mettre ainsi le malade à l'abri des complications cardiaques et cérébrales, mais qu'elle est sans influence sur le rhumatisme proprement dit. (*Acad. de méd.*, avril.)

Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale, par le docteur M. Macario, grand in-8 de 171 pages, deuxième édition. Paris, librairie *Germer Baillière*. Bonne monographie pratique contenant un grand nombre d'observations des diverses espèces de rhumatisme aigu, chronique, musculaire, viscéral. Sobre d'explications et de théories, elle expose, signale les différentes doctrines sur la pathogénie rhumatismale, et insiste particulièrement sur la symptomatologie et le traitement. Ces qualités pratiques lui ont valu d'être distinguée en première ligne par la Société de médecine de Gand, qui lui a décerné son premier prix en 1865.

Rhumatisme uréthral. En se continuant à la Société médicale des hôpitaux de Paris, la discussion sur ce sujet intéressant nous fait un devoir de la résumer pour compléter ce que l'on en trouvera dans l'*Année* 1866.

Le type du rhumatisme blennorrhagique ou uréthral n'étant que l'exception sous cette forme classique, et l'observation y signalant chaque jour de nombreuses modifications qui le rapprochent ici du rhumatisme articulaire aigu, là du rhumatisme subaigu, de l'arthrite sèche ou noueuse, comme il en a cité des exemples, M. Lorain est disposé à diminuer les cas véritables de celui-ci qu'il admet néanmoins comme le résultat d'une diathèse ou disposition générale de l'organisme donnant lieu à des accidents secondaires. Or, les fièvres éruptives, les traumatismes avec plaie, l'état puerpéral comprenant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement engendrent aussi — comme les maladies virulentes spécifiques, la morve ou farcin,

la vérole — les accidents secondaires qu'il rattache de même à une disposition morbide générale, et c'est ainsi que la dénomination de rhumatisme uréthral ou blennorrhagique lui paraît trop exclusive (janvier). — Voy. DIATHÈSE.

En admettant la spécificité du rhumatisme blennorrhagique, M. Hervieux ne l'explique pas par une action réflexe, locale, comme M. Fournier, mais devant ses manifestations diverses, multiples, par une diathèse, une maladie générale, une *lues gonorrhea*, comme M. Féréol (Voy. BLENNORRHAGIE, *Année* 1866). Et cependant il repousse la dénomination de *rhumatisme génital*, introduite par M. Lorain parce que beaucoup d'affections indépendantes, idiopathiques, sont réunies sous ce titre, de même que la diathèse purulente des nouveau-nés est confondue avec le rhumatisme, ce qui est tout différent.

C'est ainsi qu'il survient dans l'état puerpéral un rhumatisme vrai, ordinaire en raison peut-être de l'appauvrissement de l'organisme, mais identiquement le même qu'à toutes les autres époques de la vie. Les femmes en puissance de la diathèse rhumatismale en sont surtout affectées avec tous ses caractères : envahissement d'un grand nombre d'articulations, sueurs profuses, endocardite, etc.

Il reconnaît aussi pour cause parfois la phlébite et l'infection purulente qui donnent lieu, comme chez les nouveau-nés, à des douleurs articulaires et des formations purulentes dans les jointures.

Enfin il se montre sous une troisième forme qui seule peut mériter le titre de *rhumatisme génital*. C'est quand il est simple, mono-articulaire, particulièrement dans le genou, sans appareil fébrile ni complications cardiaques, bénignité et terminaison heureuse dans la généralité des cas, absolument comme dans le rhumatisme uréthral ; mais alors ce rhumatisme spécial ne peut-il être rapporté aussi à l'existence d'une blennorrhagie antérieure ou simultanée et n'est-il pas même la confirmation toute simple de ce dernier? M. Hervieux a vérifié ce fait dans deux cas à l'hôpital Necker chez des femmes enceintes. D'ailleurs il y a les rhumatismes antérieurs, la diathèse scrofuleuse dont il faudrait tenir compte et éliminer pour établir le rhumatisme génital sur des bases solides et en l'étendant à la puberté, à la ménopause, on l'a généralisé de telle sorte qu'il est impossible de croire à son existence ; autrement il en faudrait admettre une espèce spéciale pour les différentes

conditions morbides où il se développe. (Décembre 1866.)

Contre la réalité de cette diathèse blennorrhagique, admise par M. Féréol, et dont les signes principaux, pour M. Pidoux, seraient diverses manifestations cutanées et une sorte de lymphatisme ou état strumeux particulier, M. Fournier oppose le siége de la plupart des accidents qui viennent la compliquer. L'épididymite que M. Pidoux rattache aux manifestations strumeuses n'a rien que d'inflammatoire, d'aigu, de passager; et quant à faire de l'ophthalmie purulente un signe de cette diathèse, sa manifestation primitive, en dehors de toute blennorrhagie, est une preuve du contraire. La plupart des éruptions cutanées, comme l'*acne sebacea*, le *pityriasis*, l'*impétigo du cuir chevelu*, des *éruptions croûteuses des commissures labiales*, etc., ne s'observent que très-exceptionnellement sans paraître symptomatiques de la blennorrhagie. C'est donc là, au moins, une exagération. Quant à l'état anémique très-réel des malades, au lieu d'en faire l'expression d'une diathèse, M. Fournier n'y voit qu'un effet des privations du régime, du traitement, et surtout de l'état mental des malades, toutes causes déprimantes qui l'expliquent suffisamment.

Que penser, d'ailleurs, d'une diathèse qui se manifeste, si rarement? Sur 1912 blennorrhagies, il y a eu seulement 41 cas de rhumatisme répartis sur 31 malades, 1,62. Quelle différence avec la diathèse syphilitique se manifestant 100 fois sur 100 cas. Une diathèse si souvent inerte et silencieuse, exceptionnelle, n'est pas admissible.

Elle n'est pas plus durable, puisqu'elle s'éteint avec l'écoulement qui lui donne naissance et se renouvelle avec la même facilité qu'elle disparaît. Ainsi, tel individu aura à chaque blennorrhagie, si distantes ou rapprochées qu'elles soient, un rhumatisme concomitant, ce qui implique une prédisposition individuelle, négation de la diathèse.

Enfin, si cette diathèse existait, ne se manifesterait-elle pas dans les formes multiples de la blennorrhagie, tandis que celle de l'urèthre seule la produit. Rapporter le rhumatisme, qui en est la manifestation principale, à une action réflexe et lui donner ce nom, est donc plus clinique et pratique que de l'attribuer à une diathèse, ou sorte de *lues gonorrhœa*. (Janvier.)

Ainsi s'évanouit, à la lumière d'un examen exact, rigoureux des faits, et d'une argumentation vigoureuse, d'une dialectique serrée, tout cet échafaudage de théories spécieuses que l'esprit

de système, qui arrange tout à son gré, voudrait élever de nouveau sur les ruines du passé. Il ne subsiste après cela que les manifestations d'une affection toute locale, éveillant des sympathies morbides qui s'éteignent et disparaissent avec elle.

Malgré ces raisons, M. Féréol n'est pas convaincu. La dénomination de rhumatisme uréthral ou blennorrhagique lui paraît fausse, en ce sens qu'admettant un virus blennorrhagique infectant l'économie, celui-ci seul produit les accidents consécutifs, suivant les prédispositions individuelles et constitutionnelles du malade. Ce terme : blennorrhagique, devrait rester l'adjectif qualificatif de tous les accidents consécutifs lorsque l'on veut les distinguer ; soit : *arthrite, iritis, sciatique blennorrhagique.*

Quant à justifier l'existence de ce virus blennorrhagique, sinon à le démontrer, comme le virus chancreux, le virus syphilitique, il n'a pas d'autres raisons à invoquer que deux observations et les manifestations multiples signalées par M. Pidoux. Les blennorrhagies spontanées, suivies d'accidents secondaires, ne sont pour lui que des récidives d'une infection ancienne et persistante à l'état latent, et quant à la rareté relative des accidents secondaires, c'est parce que M. Fournier confond et ne distingue pas l'uréthrite simple, le catarrhe bénin de la simple blennorrhagie qui seule peut les produire. Et puis, c'est parce qu'il en élimine les adénites de tout genre et de tout siége, l'orchite et l'épididymite, les éruptions cutanées et l'anémie, dont il ne nie pas l'existence, mais qu'il explique autrement. Il n'y a pas ainsi de solution possible entre ces deux contradicteurs, puisque celui-ci répond simplement à la question par la question.

Beaucoup plus sérieux et probants sont les arguments de M. Peter, niant la spécificité du rhumatisme blennorrhagique ou uréthral et son entité pathologique. Animé sans doute par la controverse, il a été beaucoup plus explicite, vigoureux et concluant dans sa réponse que dans son exposition. Elle ne manque que d'un peu de cohésion. La mono-arthrite essentielle ressemblant de tout point à l'arthrite blennorrhagique, comme il en cite un exemple, et existant même avec coïncidence de l'ophthalmie, d'après un exemple de M. Bourgeois, d'Etampes, les caractères différentiels de celle-ci sont donc fictifs. Montrant le vide de la théorie des actions réflexes de M. Fournier par

celle des sympathies, pour expliquer la relation de l'irritation uréthrale avec l'arthrite et l'impossibilité d'admettre sur parole celle du virus, de la *lues gonorrhæa*, de M. Féréol, il ne voit, dans ces coïncidences, que des blennorrhagies entées sur des individus prédisposés au rhumatisme, lymphatiques, goutteux, herpétiques, scrofuleux, et chez lesquels la blennorrhagie, comme l'état génital chez la femme, comme la scarlatine chez l'enfant, détermine le rhumatisme au même titre que le froid. S'il est plus souvent fixe, indolent, que douloureux et généralisé, c'est que la blennorrhagie des sujets lymphatiques est plus fréquente que chez les francs rhumatisants. Et ainsi des engorgements glandulaires, des éruptions cutanées, des manifestations goutteuses. M. Charcot, et Sthal avant lui, ne l'ont pas interprété autrement. Le rhumatisme génital de M. Lorain ne se rencontre de même que chez les femmes prédisposées ; autrement il n'y aurait rien de plus fréquent. Il n'y a donc pas lieu d'en faire autant d'espèces à part ; cette avalanche de rhumatismes est à faire reculer Ce dernier ne suppure plus facilement, comme le rhumatisme scarlatin, qu'en raison même des conditions où il se produit et se développe.

Ainsi s'expliquent les manifestations rhumatismales chez certains sujets à chaque manifestation blennorrhagique, et, chez d'autres, de l'inflammation de la conjonctive et des muqueuses, tandis qu'il n'en est rien chez la plupart. Tout est occasion de se développer pour le rhumatisme : le froid, la contusion, la leucorrhée, comme les deux exemples suivants, dus à M. Blache, en sont la preuve.

I. Une dame est heurtée violemment dans la rue et jetée à terre. Grand émoi de cette dame, qui aussitôt rentrée chez elle envoie chercher M. Blache. Elle n'avait que peur et une contusion insignifiante. Mais, le lendemain, mandé de nouveau, M. Blache constate une fièvre ardente et plusieurs articulations endolories. C'était une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui fut très-intense. La dame était rhumatisante et avait déjà eu deux attaques antérieures survenues pour une cause quelconque. Quant à la troisième, on ne peut douter qu'elle ait éclaté à la suite de la contusion de la veille.

II. Une jeune demoiselle bien portante, à cela près d'une leucorrhée très-légère, se marie. L'ardeur des premiers temps du mariage eut pour résultat de l'affaiblir notablement, de produire l'anémie et d'augmenter considérablement la leucorrhée.

qui devint presque purulente. Elle commença alors à se plaindre d'une douleur à l'articulation sterno-claviculaire. M. Blache y constate de la tuméfaction, de l'empâtement, et tous les signes d'une arthrite avec épanchement. Or, malgré cette unicité de l'arthrite, l'endocardite se manifesta, qui, avec l'anémie progressive, devint une maladie du cœur incurable qui entraîna la série de ses conséquences habituelles, et la malade succomba six mois plus tard au milieu de la cachexie cardiaque.

Ne sont-ce pas là des preuves péremptoires que le rhumatisme était en puissance latente chez ces malades, et que l'acte génital immodéré n'a été que l'occasion de son développement. Aussi bien, au lieu de dire, comme le veut M. Féréol, *rhumatisme blennorrhagique*, M. Peter renverse la dénomination adoptée et dit *blennorrhagie rhumatismale*, comme on peut dire *goutteuse*, *herpétique*, *scrofuleuse*, suivant que les malades sont placés sous la puissance de l'une ou de l'autre de ces diathèses. Et comme preuve que le rhumatisme domine ici la scène morbide, il emprunte à M. Martineau le fait suivant :

M. X..., âgé de vingt-quatre ans, a eu une première attaque de rhumatisme à quatorze ans, et son père, médecin, s'aperçoit d'une uréthrite coïncidente, bien que ce jeune homme n'eût pas encore vu de femme. Depuis, trois nouvelles attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé sont survenues : l'une à dix-huit ans et les deux autres en 1866, et, chaque fois, une uréthrite non douloureuse, mais donnant lieu à un écoulement purulent très-abondant est survenue. Le malade ne s'en préoccupait pas, sachant qu'elle guérirait avec le rhumatisme. Aussi, m'interpellant la première fois que je fus appelé près de lui, il me dit : « Docteur, je suis pris de mon rhumatisme ; demain j'aurai un écoulement uréthral. » Ce qui arriva. Et ce n'était pas seulement la muqueuse uréthrale qui était atteinte, les muqueuses conjonctivale, pharyngée, laryngée, et même bronchique, étaient chaque fois le siége d'une congestion assez intense et d'une hypersécrétion abondante.

Cette doctrine explique ainsi rationnellement la rareté des blennorrhagies rhumatismales avec celles qui ne le sont pas. Autrement, tout est contradictoire ; cette rareté ne se comprend ni ne s'explique ; car exclure à volonté, comme M. Féréol, n'est pas expliquer. Avec elle, au contraire, toutes les interprétations, même opposées en apparence, se concilient.

De la blennorhagie dans ses rapports avec les diathèses rhu-

matismale, goutteuse, scrofuleuse et herpétique, par le docteur Michel Peter, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8°.

C'est aussi l'opinion adoptée par M. A. Mercier exprimée dans les réflexions suivantes :

Qu'un individu soit prédisposé à la goutte, au rhumatisme, à l'herpétisme, à la scrofule ou à tout autre état général dépendant d'une viciation des liquides ; que ces affections soient jusqu'alors restées à l'état latent parce que les éléments morbifiques d'où ils dépendent, et dont cet individu est saturé, ont trouvé jusqu'alors un écoulement par l'appareil urinaire ; supposons, enfin, que les deux reins viennent à être troublés dans leur fonction par une cause quelconque, ne doit-on pas craindre alors que la diathèse ne fasse explosion, et qu'il se développe tout à coup des accidents appartenant à la goutte, au rhumatisme, à l'herpétisme, etc., suivant la prédisposition du sujet?

Or, quand survient une blennorrhagie, est-ce que, d'un moment à l'autre, le travail morbide ne peut pas s'étendre jusqu'aux reins, comme il le fait souvent aux testicules, par simple continuité de tissu? Est-ce que cet accident n'est pas d'autant plus imminent, que souvent alors les moyens de traitement mis en usage, comme boissons abondantes et diurétiques, nitre, cubèbe, copahu, etc., ont encore pour effet de surexciter ces organes ? (*Union méd.*, n° 25.)

Par cette belle discussion éclatent les différences d'esprit des orateurs. Les uns se laissant emporter par la théorie, l'hypothèse, les généralités, tandis que les autres, fidèles à l'observation ne vont pas au delà et restent inébranlablement fixés au fait brut sans vouloir le généraliser. De là les différences d'opinion doctrinale en ressortant. Dans une science d'induction comme la médecine, plutôt que de démonstration positive, matérielle, évidente, tangible, il est facile de justifier toutes les interprétations, même les plus opposées.

Rhumatisme hémorrhagique. Le docteur Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, publie sous ce titre trois observations dans lesquelles le rhumatisme a été accompagné ou suivi d'hémorrhagies dans la peau, les masses musculaires et les muqueuses.

Dans le premier cas, un homme de trente-cinq ans, sujet depuis longtemps à des attaques de rhumatisme, atteint depuis

cinq mois d'un rhumatisme généralisé subaigu, vit, au moment de la convalescence, apparaître une éruption de petites ecchymoses aux membres inférieurs, puis au tronc et aux membres supérieurs. On trouva de l'albumine dans les urines, et il y eut anasarque.

Dans le second, un jeune homme de vingt-deux ans, de faible, constitution, eut des hémorrhagies beaucoup plus graves, puisqu'elles se firent non-seulement dans la peau, mais à travers la conjonctive, les membranes buccale et pituitaire et dans quelques jointures : cela au début du rhumatisme. Il y eut aussi albuminurie et anasarque.

Le troisième fait ressemble aux deux autres, avec cette différence qu'il y eut des convulsions épileptiformes et coma. Pourtant le malade guérit. -

Il est impossible, dit l'auteur, de pas être frappé de la ressemblance des principaux traits qu'ont offerts ces trois observations, et par conséquent de ne pas se sentir entraîné à créer un espèce particulière de rhumatisme. (*Journ. de méd. de Lyon.*)

Il ne s'agit là probablement que de rhumatisme ayant affecté des individus atteints depuis plus ou moins longtemps de cette forme d'albuminurie *latente*, très-insidieuse dans laquelle M. Marchal a expliqué comment la diminution de l'albumine du sang peut amener la diminution de la fibrine et favoriser ainsi le *molimen* hémorrhagique. Les convulsions épileptiformes et le coma du troisième cas sont au compte de l'albuminurie et s'expliqueraient par la compression cérébrale due à une suffusion séreuse sous-arachnoïdienne.

RICININE. Nouvel alcaloïde obtenu par M. Tuson des semences du ricin. C'est une substance cristallisée en prismes rectangulaires ou en tables, d'une saveur amère, liquéfiant par la chaleur, peu soluble dans l'éther et la benzine et sans action purgative. (*Soc. chimique*, 1866.)

ROUGEOLE. *Ulcères gangréneux.* Chez une petite fille entrée à l'Hôtel-Dieu pour une coqueluche bientôt suivie de rougeole ; l'éruption après quatre jours s'accompagna de trois plaies à la vulve, deux aux grandes lèvres et une au capuchon du clitoris. Leur diamètre variait de un à deux centimètres, intéressant l'épaisseur du derme d'aspect grisâtre, sanieuses, avec les ganglions correspondants engorgés. Effrayé de ces

lésions, M. Fournier se demanda s'il allait avoir là une de ces épouvantables gangrènes vulvaires qui attaquent toute l'épaisseur des grandes et des petites lèvres envahissant l'anus, le vagin et s'étendant jusqu'au péritoine. Pourtant l'état général de l'enfant était satisfaisant : sans fièvre, ni prostration, ni diarrhée, ni aspect grippé de la face qui trahît une affection de nature grave. Aussi, rassuré par là n'eut-il pas recours à la cautérisation avec l'acide chlorhydrique ni le fer rouge ; il se contenta de faire panser les plaies avec de la charpie trempée dans la solution suivante :

℞ Tartrate ferrico-potassique	1	gramme.
Eau distillée	10	—

Bientôt le travail gangréneux s'enraya. De grisâtres, les plaies devinrent rosées, et la destruction du derme se répara.

C'est donc une des variétés d'ulcères gangréneux que l'on peut rencontrer après la rougeole, accident qui se produit d'une manière insidieuse et qui, si l'on n'en était averti, pourrait donner lieu à de fâcheuses méprises.

Ainsi, par exemple, rien de plus frappant que la ressemblance de ces trois plaies avec les ulcères chancreux : même aspect, même forme, même retentissement ganglionnaire. Voyez dès lors les conséquences médico-légales que peut avoir ici une erreur de diagnostic, et combien il est facile d'envoyer au bagne un innocent, prévenu d'attentat à la pudeur, si cet homme est atteint d'écoulement vénérien, et que vous déclariez que sa prétendue victime porte des ulcères chancreux de même nature, alors que les ulcères ne sont qu'un accident consécutif de la rougeole. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Un fait identique s'est produit à Toulon chez une fille de cinq ans, morte rapidement, qui montre bien toute la circonspection à garder dans le diagnostic médico-légal surtout. Une plainte ayant été déposée par la famille contre un pieux laïque, comme ayant eu des rapports infectants, le docteur Hiriart fut commis, avec M. Calvy, médecin des hospices, pour rechercher la cause de la mort. Deux médecins avaient déjà déclaré précédemment que l'enfant était syphilitique.

L'ouverture du corps, faite quarante-huit heures après la mort, montra une ulcération de la commissure gauche des lèvres, se prolongeant jusqu'à la ligne médiane, n'intéressant que la muqueuse

et recouverte d'une plaque pseudo-membraneuse, grisâtre, peu épaisse et facile à détacher. De même, à la partie interne des grandes lèvres une ulcération irrégulière, arrondie, comme une pièce de 20 centimes, rougeâtre au bord, grisâtre au centre, reposant sur une base molle, n'intéressant que la muqueuse détruite.

Deux autres ulcérations analogues siégeaient sur la grande lèvre droite. Les ganglions cervicaux étaient même engorgés, sans rien de semblable ailleurs.

Le poumon droit était farci de tubercules plus ou moins ramollis, avec une caverne remplie de pus ; hépatisation rouge du poumon gauche.

Des doutes existant sur la nature des ulcérations, il était important d'examiner le foie, qui devait la déceler. Il était très-volumineux ; des noyaux, sous forme de grains arrondis, jaunâtres et indurés, étaient disséminés à la surface de l'organe; des coupes montraient les granulations à l'état physiologique ; nulle trace d'altération pathologique à forme gommeuse, caractère de la syphilis constitutionnelle.

Il devenait dès lors certain, évident, que Marie Layral avait succombé à une broncho-pneumonie avec tuberculisation consécutive à la rougeole datant de trois mois, et que les ulcérations remarquées sur les parties sexuelles et ailleurs en étaient simplement une des complications. On sait que cet exanthème prédispose à la gangrène des gencives ou des commissures, l'anus ou la vulve, avec tendance à se propager jusqu'à la peau. (*Bull. de thérap.*, n° 10.)

RUPTURE. **Rupture du tendon d'Achille.** *Avivement sous-cutané.* Dans un cas où cette lésion empêchait la marche et l'élévation sur la pointe du pied droit, M. Delore ayant appliqué vainement, deux mois après l'accident, un bandage amidonné pendant un mois, le pied étant fortement étendu sur la jambe, il pratiqua l'opération suivante :

Avec un ténotome pointu, il perfora la peau à 2 centimètres en avant du bord interne de la gaîne tendineuse, et à distance égale des deux parties à aviver. Dirigé sous la peau jusqu'à la moitié supérieure du tendon, puis renversé en bas jusqu'à la moitié inférieure, il fraya le passage à un ténotome mousse introduit de la main droite alternativement vers les deux extrémités rupturées, tandis que la main gauche les fixait à travers la

peau. Plusieurs incisions furent ainsi faites sur les surfaces en faisant parcourir à l'instrument quatre fois la distance qui les sépare, afin de créer une gaîne artificielle favorable à la formation d'une cicatrice tendineuse.

Ces manœuvres n'occasionnèrent pas de douleurs violentes; un bandage amidonné très-solide fut ensuite appliqué sur le pied dans l'extension. Aucune souffrance les jours suivants, et, dès le troisième, l'opéré se leva et reprit ses occupations. Le bandage, enlevé le quarante-cinquième jour, laissa percevoir une réunion solide, tellement que la pointe du pied ne se relevait que difficilement. La guérison était complète. (*Journ. de méd. de Lyon*, janvier.)

Rupture spontanée des veines. — V. Veines.

S

SCARLATINE. Anatomie pathologique. De même qu'on l'a déjà observé dans la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la variole et la rougeole, M. Wagner a trouvé des productions lympathiques dans le foie, la rate, les reins et l'intestin grêle à l'autopsie d'un cas de scarlatine, et dans le foie et la rate seulement dans un autre cas compliqué de diphthérite (*Archiv der Heilk.*, 3e sér.). Cette analogie est un rapprochement de plus entre ces diverses affections, et qui témoigne de leurs étroits rapports.

SCROFULE. *Rapport sur les résultats obtenus dans le traitement des enfants scrofuleux à l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais)*, par M. le docteur Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie; 35 pages in-8°. Paris, 1866.

Il résulte de ce travail que, dans l'espace de quatre ans et demi, c'est-à-dire depuis 1861, qu'après quelques essais, des bâtiments provisoires ont été érigés à Berck pour recevoir 100 enfants provenant des hôpitaux de Paris, plus de 400 y ont été dirigés et d'où, après un séjour plus ou moins long sur la plage, ils sont revenus guéris, pour la plupart, de la maladie locale et modifiés dans leur constitution. D'après ces résultats satisfaisants, un hôpital définitif pour 500 scrofuleux va y être élevé.

Toutes les formes de la scrofule ne sont pas également influencées par l'air de la mer. L'expérience s'est vite prononcée à cet égard. Les maladies des yeux en général, et, en particulier, les blépharites chroniques, les éruptions d'eczéma simple ou impétigineux s'y exaspèrent; les otorrhées sans lésion osseuse, les caries étendues, et plus encore les nécroses profondes y restent indéfiniment stationnaires. Au contraire, les enfants qui portent des engorgements ganglionnaires, des abcès froids, des gommes scrofuleuses, des tumeurs blanches et chez les rachitiques, la guérison, ou, du moins, une amélioration notable de la lésion, ne se fait pas attendre. Sur 118 écrouelleux, 85 ont été complétement guéris; les autres, rappelés prématurément par leur famille, sont partis très-améliorés et eussent été guéris par une prolongation de séjour. « Il importe de remarquer, dit M. Bergeron, que le traitement maritime est appliqué à Berck, à l'exclusion de tout autre. » La vie sur la plage, des bains deux fois par jour, du printemps à l'automne, quelquefois un peu d'eau de mer en boisson, une alimentation très-substantielle et variée, quelques exercices gymnastiques, tel est ce traitement.

Relazione del tratamento fatto nel 1866 *col bagni marini in Voltri degli scrofolosi di Milano*, par le docteur Castoldi ; brochure de 31 pages. Milan, 1867. Historique de la fondation de l'hôpital maritime de Voltri, le sixième que possède l'Italie, et dont l'initiative, imitée en France, appartient au docteur Barellaj, qui institua le premier à Viareggio. Le docteur Castoldi, en s'en faisant l'apôtre, a su intéresser à son idée la municipalité, les établissements de bienfaisance et la Banque de Milan pour le succès de cette institution. L'administration du Grand-Hôpital y contribue en payant la pension des scrofuleux qu'elle envoie à Voltri, et les chemins de fer en leur accordant le voyage gratuit. Une souscription publique fit le fonds social.

L'érection de cet hôpital remonte à 1863, bien que dès 1862 quatorze scrofuleux envoyés à ces bains furent reçus à l'hôpital civil de Voltri. L'exiguïté de ce local et son éloignement de la plage déterminèrent l'érection de celui-ci à 1 kilomètre, au levant de la ville, sur le bord de la mer. Voici les résultats obtenus.

Années.	Scrofuleux.	Guéris.	Améliorés.	Non améliorés.	Dépense
1862....	14	6	8	»	»
1863....	51	24	24	3	8,200 f.
1864....	53	20	29	3	11,[illegible]00
1865....	61	25	36	»	9,400
1866....	54	22	30	2	5,500
	233	97	127	8	34,400 fr.

Ces résultats démontrent l'efficacité de cette cure, qui dure ordinairement du 1er juin à la fin d'août de chaque année.

SÉQUESTRE. *Traction continue.* A la suite d'une fracture du péroné avec plaie, un séquestre volumineux, mobile, ne présentant que 2 millimètres de saillie, résistait aux efforts d'extraction de plusieurs chirurgiens. Débrider sur un séquestre aussi volumineux et profond présentait de grandes difficultés et des dangers. Dès lors, M. Gaillard, de Poitiers, enfonce dans son tissu, à la partie saillante, une pince à griffes doubles, qui est ensuite serrée et attachée par un cordon au crochet d'une moufle à trois poulies ; un poids de 500 kilogrammes, porté à 4 kilogrammes par la multiplication des forces, exerce une traction continue. Après vingt-quatre heures, la saillie du séquestre est augmentée et il est entraîné hors de sa loge au bout de trente-six, et s'échappe avec la pince et le poids en coupant ainsi rapidement les tissus de dedans en dehors, sans que l'opéré se soit plaint beaucoup de la douleur en résultant. Le séquestre avait 4 centimètres sur 6 et était retenu dans les parties molles par un prolongement anguleux (*Acad. de méd.*, juin). C'est là un nouveau mode ingénieux d'extraction qui n'expose pas aux hémorrhagies ni à aucun danger, mais on peut prévoir que l'application n'en sera pas fréquente, à juger de la facilité que l'on a à extraire ordinairement ces séquestres par les moyens ordinaires.

SIDÉROSE. Sidérose pulmonaire. A l'anthracose ou anthracosis, nom donné à l'infiltration des particules de charbon de terre ou anthracite que l'on observe dans les poumons des mineurs, doit s'ajouter une autre maladie analogue, la sidérose, de σίδηρος, fer, observée par le docteur Zenker sur une ouvrière travaillant l'oxyde de fer ou rouge d'Angleterre, morte en quelques semaines avec tous les symptômes de la phthisie, moins ceux de l'auscultation et de la percussion. L'autopsie

montra le tissu aréolaire des poumons infiltré de rouge d'Angleterre, dont on put extraire 22 grammes, de même nature que celui employé par cette femme dans sa fabrique. C'est donc la preuve irréfutable de la pénétration des poudres dans les poumons et du danger résultant de leur inhalation prolongée, car il est impossible d'admettre que ces 22 grammes étaient déposés là par absorption. Les crachats couleur d'ocre des ouvriers qui travaillent le rouge d'Angleterre, comme les crachats noirs des mineurs, témoignent d'ailleurs péremptoirement de cette inhalation.

SOUFFLE OMBILICAL. Aux auteurs précédents, et à M. Devilliers en particulier, qui en a fait un signe de brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle par son enroulement autour du fœtus, M. le docteur Charrier, après l'observation de nouveaux faits qu'il rapporte, ajoute qu'il peut être intermittent ou permanent. L'un et l'autre doivent faire craindre la mort imminente du fœtus, mais le premier rend le pronostic moins grave. Aussi convient-il d'attendre, de le surveiller attentivement pour agir au besoin. Mais la permanence l'augmente, surtout s'il survient alternativement un ralentissement et une accélération des battements du cœur, puis des mouvements violents du fœtus, et ensuite une diminution dans le rhythme et dans le nombre des pulsations fœtales. Dans ce cas, l'accoucheur doit intervenir immédiatement et provoquer l'accouchement prématuré, comme il l'a fait avec succès dans un cas (voy. Accouchement). C'est donc là une nouvelle indication de ce signe important de compression du cordon pour prévenir la mort du fœtus. (*Gaz. des hôp.*, n° 40.)

Du souffle ombilical, de la séméiotique et des moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent, par le doct. A. Charrier, ancien interne des hôpitaux et de la maison d'accouchements de Paris, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté; in-8°.

SPÉCULUM. Spéculum Cusko. Le docteur Rousset, de Bordeaux, en a fait incurver légèrement la valve inférieure à son extrémité postérieure, afin de recevoir l'excédant des liquides ou des solides médicamenteux que l'on applique sur le col utérin, et qu'il importe de ne pas répandre sur les mem-

branes voisines. C'est là une modification utile, qui serait encore augmentée par l'allongement d'un demi-centimètre de valves, afin de mieux atteindre l'utérus quand il est très-élevé (*Journ. de méd. de Bordeaux.*, mars.)

SPERMATOZOIDES. On sait la difficulté de les retrouver entiers dans les vieilles taches de sperme, ce qui, dans les recherches, les constatations médico-légales, est un empêchement d'arriver à la vérité, à préciser le fait. Suivant le docteur Pincus, il suffirait de soumettre la goutte d'eau qui en contient à une dessiccation lente et tranquille sous le verre, pour qu'ils reprennent forme et volume et se montrent entiers au microscope. Traités par cette méthode, ils ont apparu en grand nombre, avec le volume augmenté de la tête et une longueur extraordinaire de la queue (*Viert. für gericht und off medic.*, t. V). Si elle se confirme, cette découverte rendra de grands services en médecine légale et en pathologie.

SPHYGMOGRAPHE. Un nouvel et ingénieux modèle a été imaginé par M. Baker et employé par le docteur Anstie à l'hôpital Westminster, qui lui a trouvé plusieurs avantages sur celui de M. Marey par son extrême simplicité de construction et l'exquise sensibilité de son levier agissant par la pression d'un poids. Les courbes produites par le pouls sont plus déliées en ce que le mouvement diastolique de l'artère est transmis directement au levier et se multiplie seulement suivant la longueur de ce levier et non d'après trois leviers comme dans celui de Marey. Mais il est certain que ces courbes sensibles, exactes, ne peuvent être obtenues que par une main exercée, déjà familiarisée avec cet instrument. Si son application était aussi simple que son principe, il aurait l'avantage d'être plus facilement employé que celui de Marey. Son bas prix et son adaptation multiple aux artères radiale, brachiale et fémorale tendent surtout à vulgariser ce précieux instrument. (*British med. Journ.* mai.)

Une autre modification a été imaginée par le docteur Forster de Birmingham, et exécutée par le fabricant Meyer, de Portland street, indiquant le degré de pression du levier sur l'artère. La vis de réglage de Marey est loin d'être toujours serrée uniformément. D'où résultent des variations par ce fait et que l'on met sur le compte du pouls. Sur cette vis, M. Forster a ajouté

un cadran indiquant le degré de pression. C'est donc augmenter la précision de cet instrument.

SPHYROTOMIE. Résection du manche du marteau pratiquée par M. le docteur Wreden, comme substitutive de la perforation artificielle du tympan ; car, après avoir pratiqué celle-ci sur 37 malades par les différentes méthodes connues, il n'a réussi que deux fois à la rendre durable. La résection du manche du marteau, en amenant une excision étendue du tympan, notamment des vaisseaux qui servent à sa nutrition, en prévient la cicatrisation comme dans le cas d'exfoliation. Or, celui-ci n'étant point indispensable à l'ouïe, il l'a réséqué, après deux années d'expériences sur le cadavre, sur 2 malades atteints de catarrhe de l'oreille moyenne avec un succès complet. Il se sert à cet effet d'instruments particuliers dont il fait l'exhibition ; ce sont : le myringotome pour sectionner la membrane, le synéchotome pour en détruire les adhérences avec le marteau, et le sphyrotome servant à reséquer celui-ci en agissant comme pince et ciseaux à la fois.

Le malade, placé sur une table spéciale, est profondément anesthésié pour éviter tout mouvement. L'oreille étanchée, le myringotome est introduit dans le segment postérieur de la membrane, à un millimètre au-dessous de la proéminence de l'apophyse courte du marteau, en donnant à la lame une direction parallèle à celle du manche de ce marteau. L'incision est prolongée dans ce sens à 2 millimètres au-dessus de son extrémité, puis, en agissant sur le curseur de l'instrument, la lame est dirigée horizontalement et opère une division dans ce sens de 3 à 4 millimètres. Le parallélisme de l'instrument rétabli, l'incision est achevée jusqu'au segment antérieur de la membrane. Le sphyrotome remplace alors le myringotome, et son extrémité ouverte, portée dans l'angle supérieur de la plaie, embrasse le manche du marteau, et une simple pression sur le levier suffit à réséquer le lambeau qui est ainsi amené au dehors. (*Congr. intern.*)

SPINA-BIFIDA. Dans trois cas observés consécutivement en 1866, par M. le docteur Caradec, de Brest, et relatés dans tous leurs détails, les injections iodées pratiquées à longs intervalles, de plus en plus abondantes et rendues plus denses ont donné trois succès, bien qu'un choléra infantile ait emporté

le dernier opéré alors que la guérison était presque complète. Cette série de succès dans l'espace de quelques mois est remarquable, bien que le petit volume de la tumeur, l'étroitesse de l'hiatus rachidien, la bonne conformation et la constitution irréprochable des opérés, sauf un peu d'hydrocéphalie chez le premier, fussent autant de conditions favorables à l'opération. Le défaut de pédicule et l'étendue du diamètre vertical des tumeurs ainsi que l'ulcération dans deux cas en étaient les seules contre-indications. Pourtant il faut tenir compte des modifications suivantes apportées dans le mode de traitement :

1° N'injecter qu'une petite quantité de liquide faiblement iodé pour commencer, soit le contenu seul d'une seringue de Pravaz, et augmentant à chaque ponction successivement la dose de l'iode ;

2° Ne pratiquer les ponctions qu'à un intervalle de quatre à cinq jours en les écartant de plus en plus à mesure que le liquide se renouvelle plus lentement ;

3° Faire obturer l'ouverture rachidienne par un aide avant de pratiquer l'injection afin de prévenir l'entrée du liquide dans le canal vertébral et les accidents qui sont à en redouter.

4° Recouvrir les parois de la tumeur vidée de collodion élastique concurremment avec une compression méthodique que l'on continue longtemps après la guérison.

C'est en suivant au moins ces mesures de prudence et de sagesse que l'habile praticien de Brest a vu ses efforts couronnés du plus beau succès. (*Union méd.*, n°s 26 et 30.) — Voy. Tumeurs périnéales.

SPLANCHNOSCOPIE. Éclairé par l'ophthalmoscopie, la stomatoscopie, la laryngoscopie, l'endoscopie, etc., etc., M. le docteur Milliot, de Kiew, a conçu l'idée de rendre aussi les cavités splanchiques transparentes pour perfectionner le diagnostic. Des tubes de verre de dimension variable contenant un fil de platine tordu communiquant avec les électrodes d'un appareil de Middeldorf, source de lumière, sont introduits par l'anus dans le rectum et par la bouche jusque dans l'estomac. Jusqu'ici les applications n'en ont été faites que sur les animaux, mais l'auteur espère, par des perfectionnements ultérieurs, rendre cette méthode de diagnostic applicable à l'homme (*Congrès intern.*). On peut en douter jusqu'à démonstration, tant le projet semble téméraire.

SPLÉNOTOMIE. Deux nouveaux cas de cette redoutable opération ont été pratiqués cette année par deux jeunes chirurgiens français que la pratique, et l'on peut dire les succès de l'ovariotomie, semblent avoir enhardis à ce point.

Le premier concerne une fille de vingt ans, lymphatique, atteinte depuis deux ans d'une tumeur croissante de la région hypogastrique, accompagnée de douleurs tellement violentes qu'elle vint réclamer l'opération. Mouvements fébriles irréguliers ; épuisement. A l'examen par M. Péan, le ventre présente une saillie considérable au milieu de l'hypogastre, comme dans une grossesse presque à terme, avec quelques grosses bosselures à la surface. Circonférence abdominale : 1 mètre 10 centimètres.

La palpation est douloureuse en certains endroits, fluctuation très-manifeste au milieu et à droite, consistance ferme, solide et comme fibroïde à gauche. Matité absolue partout ; perception très-nette du flot ; sonorité tout autour de la tumeur parfaitement circonscrite ainsi et immobile.

Hymen intact utérus normal et comme enclavé dans la tumeur que l'on suppose intéresser l'ovaire gauche. Le 6 septembre, M. Péan procède donc à l'opération comme à une ovariotomie. L'incision faite, la tumeur apparut appliquée fortement contre la paroi abdominale et recouverte dans toute son étendue par l'épiploon si adhérent qu'il est impossible de l'en détacher. On pratique la ponction comme à un kyste de l'ovaire ; 3 litres de liquide épais, d'un brun jaunâtre, s'en écoulent ; débarrassée de l'épiploon, la surface du kyste présente un aspect analogue à celui du tissu utérin. En cherchant à en reconnaître l'insertion, le pédicule, on ne le trouve pas dans la cavité pelvienne. Rien non plus dans le mésentère ni le tissu rénal. L'incision dut être agrandie en haut et bientôt le point d'implantation fut reconnu dans l'excavation diaphragmatique de l'hypocondre gauche. C'était une masse charnue représentant la rate à ne pas s'y méprendre. Le kyste y adhérant s'était développé en avant et en bas dans cette masse hypertrophiée. Uniloculaire, la résistance, l'épaisseur de ses parois variaient de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres, surtout en bas et latéralement à gauche. La surface était sillonnée de vaisseaux et partagée en arrière par un tronc veineux et volumineux de 1 centimètre et demi de diamètre. L'extraction eut lieu partiellement après la ligature préalable des diverses branches de l'artère splénique intéressant la tumeur.

Dans l'impossibilité de conserver le surplus de la rate hypertrophiée, le chirurgien se décida à son extraction malgré la difficulté d'y procéder. Quatre ligatures métalliques sont soigneusement placées sur l'épiploon gastro-splénique aussi près que possible de la rate, et pour se mettre encore mieux à l'abri de toute hémorrhagie, les parties n'en sont enlevées que successivement par la cautérisation au fer rouge et après avoir été étreintes dans un clamp spécial donnant des eschares linéaires. L'excision étant complète, les quatre fils furent coupés ras et laissés dans l'abdomen. 100 grammes de sang avaient à peine été perdus par cette longue et laborieuse opération qui, avec l'application des sutures multipliées pour fermer complétement la plaie, avait duré plus de deux heures.

Pendant tout ce temps, l'anesthésie avait été si complète qu'elle ne cessa qu'une demi-heure après. Réaction fébrile nulle, quelques vomissements seulement. Dès le huitième jour, l'opérée descendit de son lit; les règles apparurent en grande abondance et le sang était plus rouge qu'auparavant. Aucun accident n'eut lieu si ce n'est une vive frayeur qui amena du délire, des convulsions, de la fièvre et une douleur orbitaire avec injection de la conjonctive qui, tout en se jugeant par une épistaxis, se renouvelèrent à trois reprises de huit en huit jours, et de violentes douleurs névralgiques de l'estomac comme pour attester que l'intermittence ne vient pas de la rate.

L'examen microscopique des parois du kyste dont le poids était de 1140 grammes et formant les deux tiers de la tumeur montra un grand nombre de globules sanguins non altérés et une quantité innombrable de glomérules hypertrophiés de Malpighi. L'intérieur était recouvert sur certains points de plaques très-dures formées de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie. (*Union méd.*, n°s 141 et 142.)

M. Kœberlé a été moins heureux; tout en opérant à coup sûr, c'est-à-dire d'après un diagnostic parfaitement établi, le succès n'a pas couronné son entreprise hardie. C'était chez une femme de quarante-deux ans dont l'engorgement splénique remontait à trois ans sans fièvre intermittente. A l'examen, la rate mesure 45 centimètres de hauteur, est dure, adhérente à la paroi abdominale. L'opération est pratiquée le 20 septembre 1867, par une petite incision entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. M. Kœberlé explora l'extrémité supérieure de la rate pour savoir si des adhérences trop intimes et étendues ne

s'opposeraient pas à l'opération. Dans la négative, l'incision fut agrandie jusqu'à 30 centimètres, la tumeur fut attirée en partie au dehors, et les vaisseaux de la scissure très-développés, purent être liés entre deux ligatures.

Excisée, la tumeur pesait 6750 grammes, et il s'en était écoulé plus de deux litres de sang. L'état d'anémie et de leucocythémie de l'opérée favorisait cet écoulement du sang en nappe de toutes les parties divisées sans qu'il fût possible de l'arrêter. Il s'en écoula en effet plus de 3 kilogrammes. Dès lors la respiration s'embarrassa, et sans reprendre connaissance, cette femme succomba bientôt. (*Gaz. des hôp.*, n° 137.)

Ces deux faits sont d'autant plus remarquables que ce sont là deux cas de maladie de la rate avec altération générale, et que le premier seul, dans des conditions certainement plus favorables que le second, comme il ressort de ces deux observations, a guéri, ce qui indique que la gravité de cette opération réside surtout dans cette altération du sang. En effet, il résulte d'une statistique faite par M. Magdelaine à l'occasion de ces faits que sur 9 cas d'extirpation de la rate consécutive au traumatisme, il n'y eut aucun insuccès, tandis que sur 6 pour cause d'hypertrophie ou de dégénérescence, il y en eut 4, la mort étant survenue presque immédiatement (*Union médic.* n°s 144 et 146). Mais ces cas ne sont évidemment pas les seuls ; le docteur Kidd parle encore de trois autres cas opérés dans le cours de 1866 en Angleterre et publiés l'un par M. Bryant dans les *Reports de Guy's hospital*, le second par M. Spencer-Wells et le troisième encore plus récemment. Tous trois ont été mortels. (*Dublin quarterly Journ.*, août.)

STAPHYLORRHAPHIE. Elle n'est indiquée, suivant M. Liégeois, que si le rétablissement de la parole régulière, ou à peu près, est possible. Or, la meilleure condition de succès, à cet effet, dans les divisions congénitales, est un voile mobile, souple, dont les deux moitiés s'affrontent pendant la déglutition. Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand les moitiés du voile sont minces, tendues, courtes et très-écartées, la prothèse est supérieure. Des conditions sociales particulières permettent seules de tenter l'expérience contraire ; car, réunir le voile pour placer un obturateur, est sans avantage au point de vue de la phonation.

Quand l'opération est indiquée, le jeune âge est toujours pré-

férable pour l'exécuter. Si les difficultés sont plus grandes, les résultats sont plus sûrs, et l'éducation vocale, toujours nécessaire après, d'autant plus suivie et plus efficace quand la conformation de l'organe réparé est à peu près régulière. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Cette indication différentielle de la staphylorrhaphie et de la prothèse, avait déjà été établie sur les mêmes bases par MM. Trélat et Verneuil, en 1865, au sein de la même Société. (Voy. *Année* 1865.)

STÉRILITÉ. Elle a lieu chez la femme, suivant M. Marion Sims :

1° Quand les menstrues ne sont pas de nature à témoigner de l'état de santé de la cavité utérine;

2° Quand l'orifice et le col de l'utérus ne sont pas suffisamment ouverts pour le libre écoulement du flux menstruel et l'entrée des spermatozoaires ;

3° Quand le col n'est pas conformé normalement, et n'a ni la forme, ni la grandeur, ni la densité convenables ;

4° Quand la matrice est déplacée en antéversion, en rétroversion ou en flexion prononcées ;

5° Quand le vagin n'est pas en état de recevoir et de retenir le sperme ;

6° Quand la sécrétion du col et du vagin emprisonne ou tue les spermatozoaires.

Toutes ces propositions sont développées dans le récent ouvrage du célèbre gynécologiste américain. (Voy. UTÉRUS. *Année* 1866.)

Traitement chirurgical de la stérilité chez la femme, thèse inaugurale, par le docteur Villeneuve fils ; 72 pages grand in-8°. Paris, librairie *Germer Baillière*. Exposé complet des divers moyens chirurgicaux employés sur les organes génitaux de la femme, et qui ont obtenu tant de retentissement dans ces dernières années sur la suggestion du chirurgien américain habile et entreprenant, M. Marion Sims. Il est d'ailleurs remarquable que chaque conquête de la chirurgie sur ces organes a ainsi excité, ému l'opinion ; exemples : le redressement de l'utérus par Valleix, l'hystérométrie par Huguier et Simpson, l'amputation du col, etc. L'auteur, en rappelant exactement ces différentes opérations, en décrit les procédés, les indications et les contre-indications. Sans rien dire de nouveau, il se montre

au moins instruit et parfaitement au courant du sujet qu'il a choisi. Il offre ainsi une monographie qui justifie parfaitement son titre et qui fait augurer, dès cette première épreuve académique, un praticien destiné à continuer la pratique sage, éclairée et prudente de son père, le professeur Villeneuve, de Marseille.

STÉTHOSCOPE. *Modification.* Afin d'en augmenter les sons à l'oreille de l'observateur, le docteur Hogeboom, de New-York, tend sur l'extrémité pectorale de l'instrument un morceau de baudruche qui les transmet conjointement avec les parois. De cette manière, le bourdonnement du stéthoscope est diminué. C'est donc un double avantage. On peut renouveler la tension de la membrane obturatrice, quand elle est diminuée par la sécheresse, en la ramollissant avec une solution de 50 centigrammes de tannin dans 25 grammes d'eau.

STOMATITE. Stomatite mercurielle. ÉTIOLOGIE. De même que M. Th Roussel l'a constatée sur tous les ouvriers des mines d'Almaden, en Espagne, M. Gallard, instruit et incité par quatre cas d'origine industrielle, rencontrés dans les hôpitaux, l'a constatée également chez tous ceux qui fréquentent habituellement les ateliers de sécrétage, d'étamage de glace et de dorure, en inspectant ces ateliers. Point d'hygiène très-important ; car, si l'on réfléchit qu'il n'y a pas moins de 7 à 8000 individus qui, soit d'une façon permanente, soit accidentellement, se trouvent exposés aux émanations mercurielles, on comprendra l'utilité de prévenir ce mal qui, en agissant sous forme chronique, ébranle et déchausse les dents, les noircit, et nuit ainsi à un acte si important de l'alimentation : la mastication. C'est ainsi que les doreurs pour bijouterie et sur le bronze, les miroitiers, les chapeliers, les employés pour le sécrétage et la coupe des poils, les fabricants de produits chimiques, de baromètres et de thermomètres, les bijoutiers, les essayeurs, etc., sont exposés à en ressentir l'influence nocive. (*Union méd.*, n° 49.)

Des frictions avec l'onguent citrin contre la gale ont suffi pour la provoquer chez l'homme et la femme. (*Journ. des conn. méd.-chir.*)

STRABOTOMIE. Par de nouvelles recherches sur les rapports des muscles droits de l'œil avec la capsule de Tenon, M. Liebreich a reconnu et constaté une adhérence très-solide de ces muscles dans la capsule postérieure, et une seconde de leur extrémité antérieure à la moitié de cette capsule, privés de la gaîne que M. J. Guérin croyait avoir découverte. Dès lors, la conjonctive est aussi en rapport avec ces muscles dans leur extrémité antérieure. C'est ainsi que, dans la rotation de l'œil en dedans par la contraction du droit interne, il en résulte une tension du ligament qui supporte la caroncule, tension qui rapproche celle-ci de la paroi orbitaire, en même temps que la capsule antérieure, étant attirée avec la conjonctive et le bord antérieur de la caroncule dans un enfoncement, la conjonctive ne fait pas prolapsus.

Fondé sur ces dispositions anatomiques, M. Liebreich, au lieu de l'ancien procédé, fait une petite incision verticale ou oblique dans la conjonctive près de l'extrémité inférieure de l'insertion du tendon du droit interne, puis pénètre avec les ciseaux entre la capsule et la conjonctive, et sépare soigneusement ces deux membranes jusqu'au pli semi-lunaire, détachant ce dernier ainsi que la caroncule des parties sous-jacentes. Conjonctive et caroncule, devenues ainsi indépendantes du muscle et de la partie de la capsule qui domine le déplacement, la section du tendon peut alors être exécutée efficacement. Le troisième temps consiste dans le débridement de l'incision capsulaire, dosée selon le besoin, car de la grandeur et de la direction de cette incision dépend le plus ou moins grand effet de l'opération. Une fois l'effet immédiat contrôlé, une suture ferme la plaie conjonctivale.

Le même procédé s'applique à la ténotomie du droit externe contre le strabisme divergent, en séparant la conjonctive de la capsule jusqu'au fond du sac conjonctival.

Les avantages de ce procédé, d'après l'auteur, sont plus de liberté et de latitude pour étendre l'effet de la strabotomie, et l'absence d'un enfoncement de la caroncule et de cicatrices, comme la ténotomie usuelle en occasionne. (*Acad. de méd. de Belgique*, mars.)

STRYCHNINE. *Antagonisme du tabac.* L'inefficacité des divers moyens opposés à la strychnine rend le fait suivant doublement intéressant, en raison du succès et de l'explication physiologique qui en est donnée.

Une enfant de onze ans, ayant avalé volontairement trois grains de strychnine après un repas, fut prise de fortes convulsions tétaniques environ une demi-heure ensuite. Apportée à l'hôpital trois heures après, elle présente au docteur Chevers : pouls fréquent, pupilles dilatées, accélération des battements du cœur avec impulsion forte, sensation de brûlure et de suffocation dans la gorge et la poitrine, membres dans l'extension, mains attachées aux côtés du lit, jambes écartées, pieds en dehors; pas de spasmes fréquents. Mais une violente convulsion tétanique de presque tous les muscles éclate bientôt après et dure une minute et demie. Poitrine fixe, respiration difficile, tronc renversé en arrière, opistothonos. Prostration consécutive, faibles convulsions des mains et des pieds par intervalles. L'émétique et de grandes quantités de noir animal mélangé à du lard fondu sont administrés sans succès. Enfin, on fait prendre de petites doses d'une infusion de tabac (3 grammes par litre) après chaque convulsion, de sorte qu'en trois heures 8 grammes environ sont pris ainsi par doses fractionnées. Alors surviennent des vomissements, et aussitôt les convulsions cessent malgré la persistance des vomissements et la sensation de brûlure à l'épigastre. Convalescence après le cinquième jour, guérison et exeat le huitième. (*Indian Annals of med. science*, août 1866.)

Les vomissements ne s'étant produits que tardivement, l'observateur en conclut que les propriétés toxiques du tabac ont été neutralisées par l'état du système nerveux, en ce que la strychnine détermine l'accumulation du sang dans la moelle, tandis que la nicotine, en provoquant la contraction des vaisseaux, diminue la quantité de sang qui les traverse. Ce serait donc une sorte d'antagonisme d'action et d'effet entre ces deux poisons. Quoi qu'il en soit de cette explication, le succès, dans ce cas comme dans quelques autres, n'en est pas moins authentique, et mérite de fixer l'attention.

Respiration artificielle. En étudiant les quantités nécessaires pour amener les convulsions et la mort chez différentes espèces animales, M. Rosenthal a observé que les lapins en tolèrent une quantité considérable, si l'on a soin de les faire respire rartificiellement et de la façon la plus complète. Avec ce moyen, les convulsions disparaissent comme par enchantement; elles reviennent dès que l'on cesse la respiration artificielle. Ce poi-

son peut donc se trouver en puissance dans le sang d'un animal, sans exercer ses effets tant que la respiration s'exécute. On peut même le sauver en la prolongeant suffisamment pour qu'il s'élimine ou devienne inoffensif en se transformant. L'auteur pense que cette suspension toxique tient à l'oxygène que par la respiration artificielle on introduit sans cesse dans le sang. (*Acad. des sc.*, avril.)

Cette donnée peut servir dans l'empoisonnement de l'homme par la strychnine et dans le tétanos traumatique ; il ne s'agirait que d'inventer un moyen mécanique d'entretenir, de soutenir la respiration.

Réactifs. Pour en déceler la présence dans le sang, l'urine ou les tissus, M. Cloetta les débarrasse de l'albumine qu'ils peuvent contenir, précipite par le sous-acétate de plomb, filtre, traite par l'hydrogène sulfuré, filtre de nouveau et évapore à siccité le liquide filtré. Le résidu ainsi obtenu est mis en contact vingt-quatre heures avec l'ammoniaque, puis on agite la liqueur avec le double de son volume de chloroforme, et l'on évapore : le résidu est dissous dans 2 centimètres cubes d'eau additionnée d'acide azotique pur ; filtrez, placez la liqueur dans un verre de montre, puis ajoutez une goutte ou deux de bichromate de potasse. Au bout de quelques jours, il se dépose des cristaux, visibles à l'œil nu ou au microscope, de chromate de strychnine, qui permettent de reconnaître les caractères chimiques de la strychnine. M. Cloetta a pu ainsi constater la présence de 1/20 de grain de strychnine dans 650 centimètres cubes d'urine. (*Bull. Soc. chim. de Paris*, février.)

Acide phénique. Si l'on agite une dissolution étendue de chlorhydrate de strychnine (0 gr. 02 pour 100 d'eau, par exemple), dit M. Paul Bert, avec quelques gouttes d'acide phénique, la liqueur prend l'apparence d'une émulsion très fine. Elle est alors devenue très-peu active (administrée par la méthode hypodermique). Mais cette innocuité relative est due à un simple ralentissement de l'absorption, et non à une destruction de la strychnine par l'acide phénique : car, en enlevant celui-ci à l'aide de l'éther, on retrouve une solution limpide aussi toxique qu'auparavant.

Si l'on filtre avec soin l'émulsion, la liqueur filtrée et traitée par l'éther n'a plus aucune propriété : au contraire, la partie

restée sur le filtre, étant délayée dans l'eau et débarrassée par l'éther de l'acide phénique qu'elle contient, reproduit la strychnine primitivement employée.

Le simple emploi de l'acide phénique a donc pour résultat de mettre en suspension le sel de strychnine et d'en faciliter singulièrement la séparation. M. Bert n'a pas expérimenté sur l'extrait de noix vomique, mais ce qu'il a vu pour le curare le porte à penser que la séparation aurait lieu de la même façon, et qu'ainsi peut-être ce procédé pourrait avoir quelque application industrielle.

L'auteur s'est assuré que la strychnine peut être tout aussi facilement extraite par ce moyen des matières animales putréfiées, ce qui ne sera peut-être pas sans utilité pour les expertises de médecine légale.

Il fait enfin remarquer que ces expériences n'ont porté que sur le curare et la strychnine Au lieu d'aller plus loin sur un terrain qui lui est peu familier, il préfère laisser les chimistes déterminer, avec leur précision habituelle, ce que l'on peut espérer du procédé qu'il soumet à leur appréciation. (*Journ. de pharmacologie.*)

SUBSTITUTION. Substitution parenchymateuse. M. le professeur Luton, de Reims, désigne sous ce nom la méthode des injections hypodermiques irritantes, à l'aide des diverses solutions médicamenteuses qu'il fait parvenir dans l'intimité même des parties douloureuses, sinon des tissus pathologiques, de manière à en changer la douleur, à en modifier la vitalité morbide. De là son nom.

Aux succès rapportés dès 1863, l'auteur ajoute 70 faits nouveaux des plus saillants de ceux qu'il a traités depuis par cette médication expéditive, soit en ville, soit à l'hôpital. 55 ont trait à des affections simplement douloureuses, notamment des névralgies sciatiques, faciales, intercostales, contre lesquelles la solution de nitrate d'argent à différents degrés de concentration s'est surtout montrée efficace. Au nombre des altérations matérielles sont 5 cas de goître contre lesquels la teinture d'iode ou l'iodure de potassium ont réussi ; de même, des adénopathies scrofuleuses et quelques autres tumeurs mal caractérisées. Dans tous ces cas, la médication s'est montrée inoffensive, sans dangers et le plus souvent efficace. (*Archiv. de méd.*, septembre et octobre.)

Le principe de cette médication est d'agir sur le mal lui-même ou à sa proximité, à l'aide de substances qui peuvent être plus concentrées et avoir par suite une action plus énergique que si l'on avait été obligé de la livrer à l'absorption. Elle a donc un immense avantage sur les autres, en agissant directement et avec des agents spéciaux, sinon spécifiques, des productions morbides sur lesquelles ils agissent. Le goître, traité par les injections interstitielles iodées, en est un exemple. Son adoption dans la pratique doit donc être féconde en résulats nouveaux et inattendus.

SUCCUSSION. Procédé employé par M. Matteï sur les nouveau-nés en état de mort apparente. Voy. Asphyxie.

SULFATE DE QUININE. Expérimenté par M. Eulemburg par la voie hypodermique sur des grenouilles, il a ralenti rapidement les mouvements respiratoires d'abord, puis ceux du cœur. Or, il paraît agir spécialement sur le tissu musculaire de cet organe, car le même effet a lieu après la section des nerfs vagues, et, arraché, puis plongé dans une solution de quinine, le cœur perd vite son irritabilité. L'irritabilité externe se perd également par suite d'un trouble fonctionnel dans les appareils intermédiaires spinaux et les terminaisons nerveuses périphériques. D'où il conclut qu'il agit d'abord sur les foyers centraux des mouvements réfléchis, dans la moelle, et ensuite sur les foyers cérébraux de la sensibilité et de la motilité volontaire.

Le même effet se produisant malgré l'injection préalable d'un milligramme de nitrate de strychnine, leur antagonisme sur les mouvements réfléchis lui semble démontré. (*Acad. des sc.*, mars.)

SUTURE. *Bandage agglutinatif.* M. Millot Brulé a eu l'idée ingénieuse de fixer les points de suture par un taffetas adhésif, ou plutôt il l'a réalisée le premier, après que bien d'autres, Rigal notamment, avaient cherché à éviter l'implantation des aiguilles dans la peau. Ce bandage consiste en bandelettes de toile fine que l'on fait adhérer à la peau par un emplâtre agglutinatif, insoluble dans le sang et dans l'eau, ce qui permet de laver et de nettoyer ces bandelettes du pus qui les baigne sans les détacher. Ces bandelettes ont des ouvertures ou des agrafes permettant, avec des fils élastiques en caoutchouc, de rappro-

cher les parties qui s'écartent sans que le gonflement puisse amener l'étranglement en raison de l'élasticité des fils. Cet agglutinatif n'irrite pas l'épiderme, et peut rester huit à dix jours en place. On le conserve dans un petit tube sans crainte d'altération. (*Gaz. des hôp.*)

Suture des os. Voy. Pseudarthrose.

Suture des tendons. Voy. Tendons.

SYPHILIS. Fréquence comparée. Les nouvelles recherches de M. le docteur G. Lagneau confirment des faits depuis longtemps connus. Il est établi ainsi que l'évolution de la syphilis est beaucoup plus rapide dans les pays chauds que dans les pays froids, et que sa guérison est aussi plus facile. Elle guérit moins promptement à Christiania qu'en France, et en France qu'en Algérie. Elle se guérit surtout facilement chez les nègres. Elle guérirait même spontanément, d'après Livingstone, dans l'intérieur de l'Afrique australe, tandis que suivant MM. Thorstensen, Schleisner, Hjaltelin et Jacotot, elle ne semblerait pas pouvoir s'établir d'une manière durable en Islande. Il suffit d'ailleurs de franchir l'un des tropiques pour se convaincre de cette vérité, qui tous les jours reçoit sa consécration. Qu'un vénérien vivant dans un climat froid passe dans un climat chaud, et son état s'amendera rapidement. Le contraire a lieu pour le retour d'un climat chaud dans un pays froid. Les Anglais offrent souvent des exemples de ce fait thérapeutique, qui doit servir de règle pour le traitement. Faut-il en voir l'explication dans la suractivité de la transpiration cutanée qui a lieu entre les tropiques, ou dans le régime plus végétal et moins excitant que l'on suit en général? Quoi qu'il en soit, toutes les propositions de M. Lagneau à cet égard n'ont donc rien de nouveau.

Il n'en est pas de même de la nature des accidents. Ainsi, il paraît que les ulcérations génitales, très-nombreuses dans les colonies anglaises de l'Amérique septentrionale, sont presque exceptionnelles parmi les Arabes et les Kabyles de l'Algérie, tandis que la syphilis constitutionnelle, très-fréquente chez ceux-ci, serait rare chez les soldats nègres des colonies anglaises d'Amérique, d'Afrique et de Ceylan.

Les bubons accompagnant les ulcérations génitales, ou qui se montrent d'emblée, seraient beaucoup plus fréquents en

Chine, Cochinchine, Nouvelle-Calédonie, Polynésie, Mexique, etc., que dans les pays froids, comme dans les colonies anglaises de l'Amérique septentrionale et les terres australes.

Les blennorrhagies très-fréquentes aux États-Unis seraient moins communes en Chine, et ne se montreraient guère parmi les indigènes de l'Algérie et du Levant que chez ceux qui ont des relations avec les Européens, tandis que les orchites seraient aussi fréquentes aux États-Unis qu'en Chine.

Affections syphilitiques et affections blennorrhagiques seraient ainsi, suivant les régions et les peuples, dans le rapport de 3 à 1, ou dans celui inverse de 1 à 2.

Sur deux peuples en contact dans le même pays, la syphilis sévit plus sur celui qui en aurait été le moins atteint antérieurement, fait dont les syphilisateurs ne manqueront pas de se prévaloir en faveur de leur doctrine.

La fréquence des maladies vénériennes serait à peu près partout en rapport avec l'insuffisance des mesures prophylactiques et des moyens de traitement. De 318 par 1000 hommes dans l'armée anglaise, où ces mesures sont presque nulles, la proportion descend à 113 dans l'armée française, où ces mesures sont mises irrégulièrement à exécution, tandis qu'en Belgique, où elles sont sévèrement et uniformément appliquées, la proportion n'est que de 90. (*Acad. de méd.*)

Malgré quelques contradictions et une confusion regrettable entre les accidents vénériens et syphilitiques, il y a lieu de croire que la prédominance de ceux-ci en certains pays dépend autant de la gravité plus grande au nord qu'au sud, qu'à l'immunité prétendue des Arabes et des Islandais. Aussi M. Bergeron, rapporteur, s'est-il attaché à montrer que les statistiques étaient insuffisantes pour démontrer ce fait d'immunité de race et de climat (*Acad. de méd.*, juin). On conçoit, en effet, bien mieux, et l'observation le confirme, que la vérole, en se développant plus vite et en se guérissant de même, même spontanément sous les tropiques, y paraisse moins fréquente qu'elle n'y est en réalité.

Transmission. En confirmation du danger qu'il y a à cet égard pour les souffleurs de verre (Voy. *Année* 1864), M. le docteur Dechaux relate une véritable épidémie qui s'est déclarée parmi les ouvriers de la verrerie de Montluçon, après l'admission d'un ouvrier infecté. Quoiqu'il ne présentât absolu-

ment rien d'apparent, sinon une légère crevasse au milieu de la lèvre inférieure, et qui se retrouve souvent chez ces ouvriers, il fut convaincu d'avoir contaminé ses camarades. Dès la première semaine, 4 furent atteints, puis 4 autres et 2 autres plus tard. Tous ces malades ont été *mordus*, c'est-à-dire atteints d'un chancre aux lèvres, parfois petits et passagers, d'autrefois du diamètre d'une pièce de un à deux francs, avec inflammation, gonflement et induration. 4 l'ont eu à la commissure labiale. Leur durée a été de trente à soixante jours. L'adénite concomitante s'est souvent prolongée au delà, ainsi que d'autres symptômes d'infection générale et constitutionnelle.

Il est remarquable qu'aucune des femmes ni des enfants de ces ouvriers, exposés à la transmission, n'ont été affectés. Mais un intervalle de deux à trois mois semble nécessaire pour prévenir toute infection ultérieure de celui qui en a été atteint, et encore ne peut-on guere fixer de date précise à cet égard. (*Gaz. méd. de Lyon*, nos 15 et 16.)

Albuminurie. Est-elle un accident de la syphilis secondaire, ou une simple coïncidence? Question intéressante soulevée à Lyon par deux faits et que de nouvelles observations pourront seules résoudre. Voy. ALBUMINURIE.

Engorgement de la rate. M. Lee l'a constaté dans le quart des cas de syphilis héréditaire. Son intensité donnerait même, d'après lui, la mesure de la gravité de la diathèse. Quand les enfants survivent, ils gardent encore pendant un ou deux ans un certain engorgement splénique qui caractérise même la syphilis après qu'elle est éteinte.

Mais le docteur de Méric a justement remarqué que dans toute cachexie, toutes les glandes sanguines comme lymphatiques sont susceptibles de s'engorger et que la syphilis appauvrissant le sang, c'est là une cause de plus et non spécifique de l'engorgement qui survient alors. (*Royal med. and chir. Society*, mars.) Ce n'est donc pas là un signe particulier.

PROPHYLAXIE. Sur la question de savoir s'il est possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes proposée par le congrès international, on s'est accordé avec le congrès belge de 1852 pour demander l'interdiction de toute pros-

titution non réglementée et la responsabilité de la santé des prostituées par les maîtresses de maison. M. Jeannel la rend effective en leur imposant les frais de traitement ; M. Mougeot en les soumettant à un cautionnement pour leur imposer des amendes en cas de non-observation des règlements. Soumettre les marins considérés comme les agents actifs de la propagation des maladies vénériennes à un examen au départ ou à l'arrivée de l'embarquement ; large hospitalisation pour les uns et les autres, telles sont avec les conclusions du rapport de M. Garin (Voy. *Année* 1866), les principales mesures proposées. Mais M. Le Fort a montré, par des renseignements administratifs, combien il est difficile d'atteindre la prostitution clandestine, bien que, de l'avis de tous les investigateurs, ce soit là la source principale et la plus dangereuse des maladies vénériennes. Quant aux mesures restrictives et coercitives, le professeur Seitz de Munich a montré que sous l'influence de la loi bavaroise de 1861 portant des peines contre les prostituées, les affections vénériennes avaient plus que doublé dans les hôpitaux. D'autre part, M. Berchon, chirurgien de marine, a montré combien il est difficile, malgré des mesures sévères et des visites préventives fréquentes, d'arriver à des résultats satisfaisants chez les marins.

Quant à la syphilisation proposée de nouveau par M. Auzias comme le seul moyen d'empêcher cette propagation par les prostituées, ce moyen est trop incertain et répugne trop à la généralité des médecins pour être seulement prise en considération. N'est-ce pas la pire des mesures à exercer contre les prostituées? Aussi, malgré des sentiments louables et humanitaires témoignés en leur faveur par MM. Auzias et Drysdale, il est évident qu'en étant le véhicule, le réceptacle de la propagation de la syphilis, c'est sur elles surtout que l'on doit agir pour la réprimer efficacement. Toute autre voie n'est qu'accessoire sinon chimérique.

Il n'y a pas de traitement préventif de la syphilis, dit M. Guérin, et il ne saurait y en avoir, ajoute M. Rollet, car l'accident primitif est un fait connu, évident, appréciable, certain, et le mercure n'a pas raison d'être donné avant qu'il se manifeste. Il n'y a donc qu'un traitement plus ou moins hâtif et l'axiome *principiis obsta* est impraticable ici comme aux autres maladies. Si l'on reconnaît en principe que la syphilis doive être traitée par le mercure, il nous paraît singulier qu'on hésite, qu'on n'agisse pas tout de suite, qu'on attende un mois, deux

mois, plus ou moins, et que finalement on laisse écouler cette période primitive, c'est-à-dire, ces débuts de la maladie qui passent si universellement en médecine pour être les plus favorables au succès du traitement. (*Gaz. hebd.*)

TRAITEMENT. A propos d'une note avec observation de M. le docteur de Saint-Germain, sur l'érosion chancreuse, simple, non indurée, suivie de l'évolution complète de la syphilis, M. Dolbeau, rapporteur, nie la valeur spécifique du mercure, à l'exemple de M. Diday et de quelques autres syphiliographes anglais, Dunn, Drysdale et d'autres. Ancien chirurgien de Lourcine, il a vu certains vénériens guérir par les seuls efforts de la nature ; d'autres arrivent aux accidents tertiaires et guérissent tous, parfois même avec une rapidité merveilleuse par l'iodure de potassium. Aussi le traitement mercuriel n'empêche pas l'évolution des syphilides malignes, précoces. Il ne voit donc pas d'inconvénients à attendre la libre manifestation des accidents secondaires avant d'instituer le traitement. Le pronostic en est rendu plus sûr, le mercure troublant et pervertissant l'évolution naturelle de la maladie.

Bichromate de potasse. Étudiant les effets comparatifs du mercure et du bichromate de potasse, sur 131 femmes placées dans son service en 1865, 80 furent traitées par la liqueur de Van Swieten, et 51 par le bichromate de potasse *intùs* et *extrà*. 44 des premières et 30 des secondes sont revenues pour des récidives. D'où il conclut que si le bichromate de potasse est aussi antisyphilitique, il est préférable au mercure, qui produit la salivation, l'anémie, la défibrination du sang, etc., s'il ne l'est pas, c'est donc que la vérole, abandonnée à elle-même, guérit spontanément.

L'observation d'une année ou deux dans un hôpital spécial ne saurait ainsi détruire la valeur antisyphilitique du mercure, avérée par une expérience séculaire et universelle. Si de tout temps il s'est trouvé des adversaires de ce médicament, comme Desruelles, Devergie et autres, l'esprit de système, de doctrine, n'était pas étranger à toute opposition. Les contradictions aujourd'hui ne peuvent tenir qu'à une manière différente de l'administrer, comme l'a justement fait remarquer M. A. Guérin. Il ne produit des accidents que par une mauvaise administration et les récidives ne se manifestent que par la cessation

trop rapide. L'expectation en pareil cas, avec un médicament d'une action aussi spéciale et sûre, est coupable, car la maladie s'enracine et est d'autant plus longue et plus difficile à guérir.

Sans présenter le *chromate de potasse* comme jouissant de propriétés antisyphilitiques incontestables, M. le docteur Leroux, de Versailles, l'a employé dans 14 cas de syphilis secondaire et dans tous, les accidents se sont dissipés. Mais il y a eu des récidives. Le début des accidents et le défaut de traitement antérieur sont, d'après lui, les meilleures conditions de son administration. Il restreint son emploi aux cas où le mercure est contre-indiqué ou n'est pas toléré. Il est donc loin de se rallier au dilemme posé par M. Dolbeau : ou bien ce médicament jouit des mêmes propriétés antisyphilitiques que le mercure, ou bien il est inerte, et dans ce cas le mercure ne vaudrait pas mieux que lui : l'expectation est la meilleure méthode.

On ne comprend pas un procès au mercure à propos d'un médicament comme celui-ci, employé depuis longues années, abandonné et repris tour à tour sans avoir jamais pu s'élever au rang de rival. On l'emploie surtout en Russie, et c'est ainsi que nous en avons rapporté cette petite statistique : administré à 11 malades atteints d'accidents tertiaires, 2 affectés de syphilides papuleuses et 9 de douleurs ostéocopes à la dose de 0,0625 par jour en commençant par 0,0125 dans 60 grammes d'eau, en doublant tous les quatre jours, les douleurs disparurent après trente-huit jours de traitement, après de nombreuses marques d'intolérance de l'estomac (*Journ. des conn. méd. prat.*, 1855). Les nouveaux défenseurs français paraissent ignorer ces détails, car ils n'en ont pas fait l'histoire pour mieux établir leur siége contre le mercure.

Suivant M. Dolbeau, ce dernier n'empêche pas la vérole de suivre son cours, il en blanchit plus ou moins rapidement les manifestations secondaires, sans mettre à l'abri de leurs récidives, et ne possède aucune efficacité contre les accidents tertiaires, qui trouvent dans l'iodure de potassium un remède héroïque. Le mercure ne doit donc pas être employé comme préventif, et son usage n'est pas indispensable avant l'iodure de potassium pour guérir la syphilis.

Tandis que M. Le Fort, cherchant à comparer dans ses salles de l'hôpital du Midi les résultats de l'emploi du mercure et de l'expectation, s'est vu obligé, après deux mois, de

renoncer à celle-ci à cause de ses mauvais effets, M. Perrin déclare que, de 1858 à 1862, il a fait cette comparaison sur 478 syphilitiques. Or, le chancre, traité ou non, a donné lieu aux mêmes manifestations secondaires, sur lesquelles seul le mercure a montré une action évidente en abrégeant d'un quart ou d'un tiers leur durée. Mais quant à la diathèse même, le mercure s'est montré impuissant. Il conclut donc à son emploi exclusif contre les accidents secondaires, en le cessant dès qu'ils ont disparu, sauf à le reprendre autant de fois qu'ils reparaissent.

Sans méconnaître la disparition spontanée de la syphilis dans quelques cas, ni l'action indirecte des agents de thérapeutique commune, M. Verneuil repousse l'expectation qui attend la manifestation des accidents tertiaires pour agir ; c'est l'abdication de l'art. La médecine ne peut ni ne doit laisser sans traitement un chancre qui, après plusieurs semaines, ne montre aucune tendance à la réparation, une périostite précoce, une paralysie hâtive du facial, des plaques muqueuses confluentes et stationnaires, une angine chronique à exacerbations fréquentes, une fissure anale incommode, etc., etc. Ne pouvant savoir si une vérole sera faible, moyenne ou forte, passagère ou tenace, il commence par le traitement général, le plus tôt possible, pour prévenir les accidents tertiaires qui se montrent rarement après un traitement bien fait.

Il est en effet des vénériens, dit M. Velpeau, qui guérissent assez souvent sans mercure. En admettant que le virus vénérien est un poison qui, introduit dans l'économie, l'infecte, on comprend qu'à l'instar de tous les poisons, il exerce des ravages plus ou moins graves et qu'il soit susceptible d'être éliminé ou détruit par l'organisme, suivant la force de celui-ci et la dose de celui-là. Si l'organisme est trop faible et la dose de poison trop forte, le poison tue ; si au contraire il est introduit à petite dose dans une organisation puissante, il est éliminé. Les malades qui guérissent sans mercure sont dans ce dernier cas.

Ayant expérimenté comparativement, il a vu seulement guérir la moitié des malades soumis à l'expectation ; les autres n'ont dû leur guérison qu'au mercure, avec une évidence incontestable. Tandis que les émollients n'avaient rien produit, l'usage de la liqueur de Van Swieten a immédiatement amené une amélioration graduelle jusqu'à guérison complète.

Comme M. Perrin, l'illustre chirurgien considère les frictions comme la meilleure administration du mercure, mais il ne faut jamais les pratiquer qu'une ou deux fois à la même place, à la partie interne des membres inférieurs et supérieurs, en ne revenant à la même place que de quinze en quinze jours.

Rien ne prouve, selon M. Després, que le mercure soit l'antidote de l'empoisonnement syphilitique. Sur 234 vénériens observés dans son service de l'hôpital de Lourcine du 24 février 1866 au 23 février 1867 et atteints de chancre induré, plaques muqueuses, roséole, syphilide papuleuse, gommes, etc. 15 pour 100 sont rentrés après avoir subi un traitement mercuriel et 9 seulement après la médication tonique. Il conclut de là, que, si le mercure n'est pas nuisible, il est au moins inutile. Une visite faite à l'hôpital Saint-Louis, où il a vu 21 syphilitiques sur 37 employant le mercure depuis trois à vingt ans, l'ont confirmé dans cette opinion. Les dissidences qui existent d'ailleurs sur les indications de ce remède et son action intime témoignent de son inanité. On n'est pas plus tranchant, plus téméraire; mais une aussi courte expérience ne réussira jamais à faire oublier à annihiler celle des siècles.

Pour M. Després, ce virus syphilitique comme tous les autres est éliminé de l'organisme par des manifestations cutanées et profondes, des crises, des poussées qui ont leur point de départ dans l'activité propre de l'organisme. Il favorise celles-ci par une bonne alimentation, les toniques, le fer, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium à petite dose qui excite l'appétit et aide à la reconstitution du sang. La scrofule, qui a des manifestations presque identiques, guérit bien à l'aide du régime, de l'huile de foie de morue, des jus de viande, des bains de mer, etc.; c'est-à dire en faisant vivre les malades de la vie de la nature.

On peut juger d'après ces deux citations de la différence d'interprétation du maître et de l'élève sur ce grave sujet. Le premier s'en tient à l'observation des faits, sans rien avancer qui ne soit appuyé sur eux, le second au contraire s'élève au-dessus, systématise, généralise à l'excès, les rôles sont renversés.

Il appartenait à M. Depaul de faire justice de ce système quoiqu'il en use parfois comme dans la question de la vaccine par exemple. Les statistiques de M. Després sont inexactes et incomplètes, et comme preuve il cite plusieurs récidives qui se sont présentées à la Clinique quinze jours ou plus après les succès du traitement tonique et réparateur chez des

femmes portées comme guéries dans la statistique. Une jeune femme de dix-neuf ans reçue à la Clinique à huit mois et demi de grossesse avec des plaques muqueuses aux parties génitales en est un exemple. Elle est accouchée avant terme d'un enfant mort, qu'un traitement mercuriel eût probablement conservé. MM. Nélaton et Panas ont vu des cas analogues.

Quant aux efforts de la bonne nature invoqués par M. Després, les caries des os du nez, la perforation du voile du palais, les exostoses du canal rachidien, la perte d'un œil, la mort même, témoignent assez du contraire, et la cessation rapide de céphalée nocturne, de douleurs ostéocopes intolérables, la disparition de gommes syphilitiques de la langue par le mercure justifient assez cet agent pour que l'on ne craigne pas tant son action défibrinante du sang et que l'on en continue l'usage en le surveillant attentivement.

Ainsi que MM. Perrin et Velpeau, M. Panas considère les frictions comme le meilleur moyen d'employer le mercure. Mais la salivation arrive dès la douzième ou la treizième friction : chez la moitié des malades, sa proportion en est atténuée, car elle ne permet pas ainsi de les employer le temps satisfaisant à la guérison. Le peau couverte de plaques muqueuses absorbe avec une grande rapidité, et c'est ce qui explique quelques succès de M. Després qui fait prendre des bains de sublimé à ses malades concurremment avec le traitement tonique et réparateur. 4 à 5 grammes de pommade sont employés par friction chaque jour et dans des points différents, le soir en se couchant en recouvrant la place d'une toile cirée et d'un linge pendant la nuit. (*Soc. de chir.*, mai.) De cette nouvelle épreuve académique, le mercure sort ainsi indiqué plus que jamais contre la syphilis, les frictions en particulier. C'est revenir à la méthode qui a marqué le début de son emploi, mais perfectionné.

Pour M. Diday, qui, comme on sait, a divisé la syphilis en degrés, le mercure n'est utile que dans les *véroles fortes*, ce qui implique nécessairement qu'il faut en attendre les manifestations, c'est-à-dire l'établissement en règle au sein de l'économie pour l'administrer. Aussi cette idée n'a-t-elle été que médiocrement goûtée et la pratique nullement imitée. Au contraire, M. A. Guérin l'a condamnée hautement, car le mercure, suivant lui, n'agit même pas sur les manifestations syphilitiques, mais sur le virus qu'il atténue, neutralise et annihile, et qui existe dans toutes les manifestations de la vérole forte et faible. D'où la nécessité

de le donner dans toutes indistinctement et au début, ca plus on attend et plus la vérole devient forte de faible qu'ell était au commencement. Et comme l'estomac s'en fatigue facilement, il faut le donner à petites doses associé à l'opium alternativement et longtemps, ce qui exclut à peu près l'usage des frictions, à moins d'un grand danger pour les dents.

Solution saturée de chlorure de zinc. M. A. Desprès lui donne la préférence sur tous les autres caustiques dans le traitement de toutes les ulcérations syphilitiques, depuis l'érosion simple jusqu'à l'ulcération succédant à la chute d'une croûte d'ecthyma ou syphilide pustulo-crustacée. Il se sert à cet effet, depuis dix-huit mois, de la solution titrée contenant 50 grammes de chlorure pour 18 d'eau. Sa consistance sirupeuse l'empêche de fuser sur les parties environnantes et son usage topique est ainsi sans danger, même dans la gorge et les voies aériennes. Sur les chancres mous ou phagédéniques, sur les ulcérations secondaires ou tertiaires, il agit comme un caustique énergique, escharifie une couche des tissus du fond et des bords de l'ulcère, et la réparation suit promptement. Sur la plaque muqueuse, il colore en blanc l'exulcération, mais ne cause point en général d'escharification, à moins que les plaques muqueuses ne soient ulcérées assez profondément. Sur les ulcères des muqueuses, les eschares tombent en trente-six heures; sur les ulcères de la peau, elles mettent de deux à quatre jours à se détacher.

La douleur qu'il provoque n'est pas plus vive ni durable qu'avec les autres caustiques. Aucun accident d'intoxication n'en a suivi l'emploi, lors même que les malades avalent un peu de ce liquide; ils vomissent immédiatement et c'est tout. Il a ainsi une supériorité marquée sur la solution de nitrate acide de mercure et d'acide chromique. (*Bull. de thér.*, juin.)

Injections hypodermiques. En injectant les conduits salivaires avant et après l'emploi de cette méthode de traitement avec le calomel ou le sublimé (*voy. Années* 1865 et 66), MM. Scarenzio et Ricordi se sont assurés que le mercure passe rapidement dans la salive, de même que déjà le docteur Saikowski de Moscou l'avait constaté chez les chiens en retirant la salive du canal de Wharton (*Archiv. de Virchow*, novembre 1866). De quatorze expériences faites sur quatre individus atteints de syphilis constitutionnelle, la salive ne contenait aucune trace

de mercure avant les injections, sinon chez deux malades qui avaient pris des pilules mercurielles auparavant, tandis qu'il apparut constamment après les injections. (*Ann. univ. di medicina.* février.)

L'absorption est ainsi démontrée chimiquement, preuve à peu pres superflue après la guérison des vénériens traités par ce mode simple de traitement.

A l'exemple de M. Scarenzio, le docteur Lewin. médecin en chef de la Charité de Berlin, a traité la syphilis constitutionnelle par ce moyen chez plus de sept cents malades. Seulement au lieu du calomel (voy. *Année* 1864), il emploie une solution de 6 à 12 milligrammes de sublimé mélangé d'un peu de morphine. Une moyenne de quinze jours de ce traitement ont suffi à la guérison (*Acad. de méd.* août). Une médication si promptement efficace devrait être aussi promptement propagée.

Ulcération syphilitique de la gorge. Une nouvelle et ingénieuse application du pulvérisateur de Richardson vient d'être faite avec succès contre cette lésion par le docteur Murchison, à l'hôpital Middlesex. Le sujet était très-cachectique et en proie à une syphilis constitutionnelle datant de trois ans. Il présente des exostoses des deux tibias, avec une ulcération à droite. Un vaste ulcère envahit aussi les amygdales et le palais. Un jet fin d'acide sulfureux fut dirigé sur ces parties au moyen de ce petit instrument, et l'amélioration fut immédiate. La mauvaise odeur et le mauvais goût qui tourmentaient tant le malade cessèrent aussitôt, et le mauvais aspect des ulcérations changea. Un grand soulagement fut accusé par le malade de l'acide sulfureux ainsi administré, et en examinant la bouche quelque temps après, la gorge était presque guérie. (*Lancet*, octobre.)

T

TAILLE. Appuyé sur des preuves d'anatomie normale et pathologique, le docteur Teevan, chirurgien de *West hospital*, pose en fait que l'incision limitée de la prostate dans la taille latérale suivie de la dilatation, ne pouvant donner passage à un calcul de volume normal, est une cause d'insuccès par les

lacérations, les contusions, les déchirures, les ruptures qui s'ensuivent. Une suppuration étendue suivie de phlébite et de pyémie entraîne la mort.

Avant tout, il évite l'emploi de la force. Petit ou volumineux, le calcul doit être extrait par une ouverture suffisante d'une section nette. A cet effet, après avoir incisé la vessie suffisamment pour introduire l'indicateur et les tenettes sans effort, il agrandit l'ouverture en dehors et en arrière avec un bistouri boutonné glissé sur les tenettes, si pendant l'extraction du calcul il éprouve la moindre résistance. Les dangers d'une hémorrhagie ou d'une infiltration urineuse lui semblent imaginaires. (*British and foreign Review*, janvier.)

Pour qui sait que les chirurgiens anglais ont l'habitude de pénétrer dans la vessie à travers une petite incision de la prostate, on comprendra toute l'importance de l'innovation précédente qui imite et se conforme ainsi à la pratique française qui incise et ne déchire pas.

Le procédé *simple*, *sûr et brillant* du professeur Borelli a, sous ce rapport, tous les inconvénients, les dangers du procédé anglais. Introduisant dans la vessie un cathéter cannelé avec lequel il presse de dedans en dehors de manière à le faire saillir sur la ligne médiane, au lieu de diviser les tissus couche par couche, il ponctionne avec un bistouri à lame aiguë toute l'épaisseur du périnée jusqu'à la rainure du cathéter, en évitant de blesser le bulbe de l'urèthre ; puis, faisant agir la pointe du bistouri dans la cannelure de la sonde, il divise seulement dans une étendue suffisante pour admettre le doigt avec lequel il dilate l'ouverture en déchirant les tissus ; puis, introduisant des pinces, il saisit le calcul et le fait sortir avec d'autant plus de violence qu'il est plus volumineux. Mais le danger presque inévitable de blesser le bulbe en procédant ainsi à l'aveuglette, fait repousser ce procédé par MM Giraldès, Guérin, Hervez de Chégoin, Demarquay. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Taille et lithotritie. En montrant la possibilité de la réunion immédiate par la taille périnéale, M. le professeur Bouisson renverse ce problème. Au lieu de chercher à proportionner l'étendue de l'incision au volume de la pierre, il réduit celle-ci aux proportions de l'incision, soit en écrasant la pierre en la fragmentant avec les tenettes si elle est molle, soit en bri-

sant le calcul qui offre de la résistance avec un des lithoclastes connus, introduit par l'ouverture (*Montp. méd.*, août et septembre). Là est véritablement l'art qui sait vaincre les obstacles, surmonter les difficultés sans augmenter les dangers.

Modification à la taille latérale. Sur un garçon de trois ans, M. Henry Lee a récemment exécuté, à l'hôpital Saint-Georges, une nouvelle modification de la taille latérale de la manière suivante : un cathéter cannelé étant introduit dans la vessie, une étroite incision est faite sur la ligne médiane s'étendant un peu sur la moitié postérieure du périnée et s'arrêtant à quelques lignes devant l'anus. De ce point, l'incision est prolongée en dehors et en arrière en contournant un quart de la circonférence anale jusqu'à l'angle formé par ces deux portions de l'incision. Guidé par l'index placé dans l'anus, un scalpel est introduit sur la ligne moyenne, le dos opposé au rectum et la pointe dirigée dans la cannelure du cathéter. Dès qu'il a pénétré dans la portion membraneuse de l'urèthre, on le retire et on le remplace par un bistouri courbe pourvu d'un stylet en avant qui, en glissant le long du cathéter, sert à guider le bistouri, la lame étant dirigée à droite de l'opérateur. Le talon de l'instrument décrit alors une portion de cercle correspondant à l'incision externe, tandis que la pointe, en se retirant, s'éloigne un peu de la ligne médiane. Tels sont les détails un peu confus de ce nouveau procédé.

Il réunit l'avantage, selon l'auteur, d'une grande incision externe et d'une petite ouverture de la vessie avec l'assurance que l'instrument a pénétré à l'intérieur. De tous les procédés de taille latérale, il le trouve le plus simple à concevoir, le plus facile à exécuter et le moins susceptible de complications. La pointe du bistouri arrive sûrement dans la cannelure du cathéter maintenu dans la vessie par le doigt placé dans le rectum, lequel est protégé de toute atteinte par le dos de l'instrument. Mais le plus grand avantage chez les enfants est l'incision certaine de la prostate qui, sans cela, est souvent repoussée par le doigt et la source de méprises et de graves accidents ultérieurs. (*British med. journ.*, octobre.)

TANNIN. Son action diurétique était inconnue à M. d'Ormay, chirurgien principal de la marine, et il croit l'avoir découverte. « Personne, dit-il, ne s'en est occupé à ce point de vue.

On emploie l'uva-ursi, la racine de fraisier et autres n'agissant que par leur tannin, et on ne pense pas à un médicament aussi facile à doser que puissant comme diurétique indirect. » Cet effet lui a été révélé dans une fièvre typhoïde avec tympanite, où une diurèse abondante succéda à son emploi (*Report. de pharmacie.*)

Il suffit pour détromper l'auteur de le renvoyer à notre *Mémoire sur le tannin à haute dose dans l'anasarque albumineuse* publié en 1859 (in *Arch. de méd.*), et les nombreux cas d'anasarque publiés depuis, où la disparition de l'infiltration a suivi une diurèse abondante. C'est là un de ses effets les plus connus et les mieux établis, mais qui ne se manifeste que dans des circonstances spéciales non encore parfaitement déterminées. Il en est d'ailleurs de même de son action tonique, car dans ses manifestations multiples, compliquées, il est difficile de saisir son mode d'action précise et exacte. Exemples : deux cas de pleurésie chronique avec épanchement purulent et communication bronchique, où 60 centigrammes par jour ont amené rapidement la guérison dans ces deux cas graves. L'auteur, M. Duboué, de Pau, le croit indiqué dans ce cas par sa double influence de tonique astringent agissant sur l'un des éléments de la maladie, en même temps qu'il diminue les sécrétions morbides pleurale et bronchique, et exerce une action tonique et reconstituante sur l'ensemble de l'organisme (*Bull. de thér.*). C'est ainsi qu'en attribuant vaguement des effets multiples, on ne cherche à en préciser aucun.

TEMPÉRATURE. Plus minutieux à cet égard que tous les observateurs précédents, le docteur Alvarenga, sans donner la préférence à aucun des modes indiqués et employés pour avoir le plus exactement le degré de température animale, la prend séparément dans la bouche, dans la main et l'aisselle, à 6 heures du matin avant le repas, à 10 heures après le déjeuner, et à 9 heures du soir. Un certain nombre d'observations cliniques de maladies différentes ont déjà été publiées avec ces données, mais sans que l'on puisse encore en tirer de conclusion, car les faits doivent être nombreux pour lui donner une valeur statistique. (*Gazeta med. de Lisboa*, nos 12, 23.)

Des expériences de M. Peter faites sur des malades en ville et à l'hôpital, il résulte qu'il n'y a aucun rapport entre son élévation et la fréquence du pouls, de la respiration, ni les changements de volume du foie.

Au contraire, l'augmentation de la température serait dans un rapport constant ou à peu près, et uniforme avec l'augmentation du volume de la rate. Pour un ou plusieurs degrés d'élévation de température, la rate augmente d'un ou plusieurs centimètres dans son diamètre vertical : ce qui tend à en faire un organe d'hématopoièse. (*Acad. de méd.*, mars.)

Température locale. Selon le même observateur, il y a une relation constante et inverse entre la sensibilité d'une partie et la température. Ainsi, quand la sensibilité diminue morbidement par suite d'une altération des centres nerveux, la température s'élève de manière que, dans un membre anesthésié, elle est supérieure à celle du membre homologue resté sain et peut s'élever d'un demi-degré jusqu'à 2 degrés centigrades au-dessus, tandis qu'elle diminue si la sensibilité s'exalte morbidement. Parfois le malade même s'aperçoit de ces différences de température, ce qui prouve que la sensibilité à la chaleur est distincte de la sensibilité générale ou tactile ; mais le plus souvent le thermomètre est nécessaire pour la constater.

Cette modification de la température des parties anesthésiées amène parfois une telle sécrétion des glandes sudoripares que la sueur ruisselle, ce qui suppose une asthénie des nerfs vaso-moteurs, et par suite dilatation des vaisseaux capillaires et *vice versa*, conformément aux expériences de M. Cl. Bernard. (*Acad. de méd.*, mars.)

En confirmation de cette nouvelle doctrine que la contraction musculaire développe la chaleur humaine, MM. Charcot et Bouchard ont observé une élévation notable de la température dans le tétanos traumatique et rhumatismal, les accès épileptiformes, la méningite cérébro-spinale, les crampes cholériques, etc., tandis qu'il n'en est pas de même dans les convulsions cloniques de la chorée, la paralysie agitans (*Acad. des sc.*, 1866). La clinique exacte vient ainsi confirmer les expériences physiques des Allemands.

Température dans la paralysie. — Voy. Paralysie.

TENDONS. *Nouveau mode de suture.* Avec un fil dont chacun des deux bouts est passé dans une aiguille, M. Dubreuil traverse la peau et le tendon au-dessous de la solution de continuité; puis il fait passer l'aiguille dans le bout supérieur et

sortir à travers la peau. Il suffit alors de réintroduire l'aiguille par son trou de sortie et de la glisser sous la peau en la faisant sortir par l'ouverture d'entrée, et d'en faire de même à l'autre lambeau avec l'aiguille adaptée à l'autre extrémité du fil pour qu'en en tirant les deux bouts, la division du tendon se réunisse (*Soc. de chir.*, mars). Pourquoi recourir à cette voie indirecte et compliquée plutôt que d'agir directement sur les bouts du tendon, s'ils sont visibles? On ne peut même pas invoquer les bénéfices de la suture sous-cutanée, puisque la peau n'est pas comprise dans la suture et peut se rétracter consécutivement. On se demande donc les avantages de cette suture compliquée.

Luxation. M. le professeur Jarjavay, en rapportant de nouveaux faits de luxation de la longue portion du biceps huméral et des péroniens latéraux, a fait une véritable monographie sur ce sujet en rappelant les observations antérieures, mais sans donnée nouvelle; sinon que, contre l'avis de M. Velpeau, ce ne sont là que des déplacements rares et sans gravité. (*Gaz. heb.*, nos 21, 23 et 25.)

TÉRÉBENTHINE. *Le inalazioni dell' olio essentiale di trementina cura delle malattie degli organi del respiro* (Les inhalations de l'essence de térébenthine contre les affections pulmonaires), par le docteur Corrazza. Opuscule in-8, Bologne. Exposé de cette méthode de traitement remise en honneur par Skoda et employée par les docteurs Galvagni et Berretti. Quatorze observations en forment la base : catarrhe chronique, bronchiectasie, toux convulsive, asthme nerveux, emphysème pulmonaire vésiculaire, gangrène pulmonaire et tuberculose. Le mode d'emploi est le mélange de l'essence avec de l'eau chaude pour la faire vaporiser, que le malade inspire, soit à l'air libre, soit sous des couvertures, ou à l'aide d'un tube conducteur comme le *narghuille.* L'appareil de Murge peut ainsi être remplacé en mettant le mélange dans une bouteille placée au bain-marie et munie d'un tube à son col. Reste à décider comparativement si les vapeurs gazeuses, ainsi inhalées, sont préférables au liquide même absorbé par la pulvérisation.

TESTICULE. FONGUS FIBROÏDE PARENCHYMATEUX. Divers essais de traitement interne prolongé, notamment avec le bi-

chlorure de mercure, l'iodure de potassium à haute dose, et l'usage de l'huile de foie de morue ayant échoué contre un fongus ulcéré, végétant, gros comme une pomme d'api, observé sur un jeune israélite de douze ans, admis à l'hôpital de Constantine, et dont le début remontait à six ans, M. le docteur Sistach fit l'ablation de l'organe le 9 juin. Le poids en était de 27 grammes et de près de 29 avec la portion intra-scrotale. Examiné au microscope, il ne présenta aucun des caractères histologiques du cancer ni du tubercule. Et comme l'enfant n'était pas syphilitique, et que l'épreuve thérapeutique contredit la nature syphilitique de ce fongus, l'auteur lui refuse également ce caractère. L'absence des signes physiques et anatomiques de l'orchite chronique, et la bénignité de l'orchite parenchymateuse ne permettant de lui assigner cette étiologie, M. Sistach arrive ainsi, par élimination et une étude très-complète, à ne pouvoir rattacher ce fongus à aucune des espèces admises.

Or, l'examen microscopique fait par M. Arnould ayant démontré la prédominance de l'élément fibreux sous toutes ses formes contrastant avec la rareté de l'élément vasculaire, M. Sistach en fait le nouveau caractère de ce fongus. Les noyaux et les corps fusiformes s'y rencontraient comme élément accessoire. A l'œil nu, la portion extra-scrotale était constituée au centre par une sorte de tige médiane de 2 centimètres de hauteur et composée d'un tissu lardacé, blanchâtre et résistant. Elle s'épanouissait ensuite, et revêtait dans sa partie périphérique d'une épaisseur de 5 à 7 millimètres d'un tissu jaunâtre, l'aspect extérieur du chapiteau d'un champignon. De forme ovoïde, sans bosselures appréciables, dur et élastique, ce fongus, d'un développement lent, joignait ainsi aux caractères anatomiques les caractères cliniques du fibrome. Unique, sans retentissement sur les ganglions inguinaux, ni récidive après plus de quatorze mois, il réunit ainsi toutes les preuves en faveur de cette interprétation. L'ulcération seule semble la contredire, mais elle n'est pas absolument étrangère à ce genre de tumeurs.

De là cette conclusion que le fongus parenchymateux du testicule, en dehors de ceux provenant du cancer, du tubercule, de la syphilis et de l'orchite aiguë ou chronique, idiopathique ou blennorrhagique, peut être constitué par un fibrome ulcéré et végétant contre lequel les diverses médications générales et

locales sont complétement inefficaces, tandis que la castration en produit rapidement la guérison définitive. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Testicule douloureux. *Froid.* Après avoir employé vainement les frictions à l'iodure de potassium, à la belladone, le malade qui était tombé dans le spleen et le marasme, dit M. le docteur Genaudet, se décida à aller consulter un spécialiste, M. Diday, qui ne vit là qu'une névralgie chez un homme rhumatisant. Des applications de chloroforme le long des cordons, des frictions mercurielles, et l'iodure de potassium employés quinze jours durant n'ayant amené aucune amélioration. ce traitement fut remplacé par le fer et le quinquina sans plus de succès. Alors M. Diday prescrivit des vessies remplies de glace, à tenir appliquées 48 heures durant dessus et dessous les testicules, et dès le troisième jour le mieux était si sensible que le malade put partir le lendemain pour le Midi, et dès le septième jour les douleurs disparurent complétement, quoique les testicules fussent encore sensibles à la pression. Aucune récidive n'est survenue. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

TÉTANOS. *Ammoniaque.* Son emploi à haute dose est remis en honneur par 4 cas de succès de M. le docteur Mac-Auliff, et une autre observation de M. le docteur Bertheau. Un contingent de 5 succès de cette névrose si redoutable par le même moyen est déjà digne d'être remarqué ; mais la sudation qui en a constamment suivi l'usage l'est encore plus. Fondé sur ce que les accidents tétaniques se jugent souvent par une abondante diaphorèse spontanée, comme un effort de la nature médicatrice, c'est comme diaphorétique que le médecin anglais, voulant l'imiter, prescrit une cuillerée à bouche toutes les deux heures, jusqu'à cessation des accidents, de la solution suivante :

℞ Eau distillée	600	grammes.
Ammoniaque liquide	15	—
Sucre	5	—

Mêlez.

(*Bulletin de thérap.*)

Dans le cas de tétanos spontané de M. Bertheau, c'est à la dose de 8 grammes par jour, dans 400 grammes de véhicule,

que l'ammoniaque a été administré dans les vingt-quatre heures, et cela pendant cinq jours consécutifs, puis 5 grammes pendant huit autres jours, soit 80 grammes en treize jours, dose énorme assurément. Or, il est remarquable que, du jour où l'ammoniaque est administré après une application de sangsues, des vésicatoires et les antispasmodiques sans effet, des sueurs abondantes paraissent et l'état tétanique, stationnaire pendant quatre jours, s'améliore progressivement jusqu'à la guérison (*Gaz. des hôp.*, n° 140 ; 1866). L'induction permet ici de conclure à une action diaphorétique manifeste, sans souci de ce que pourront dire les néo-vitalistes que ce n'est là qu'un effet physique de la rigidité, de la contraction musculaire et de l'oppression. Il nous semble agir de même que l'opium et la morphine à haute dose, doublement rationnels, dans ce cas, en calmant le spasme et en favorisant la diaphorèse.

Un sixième fait est publié par le docteur Cherbonnier qui, ayant eu à soigner, dans le cours de sa pratique, sept malades de tétanos traumatique, les a tous perdus, malgré saignées, opium, sulfate de quinine, purgatifs, etc., etc., tandis qu'il a réussi avec l'ammoniaque élevé à la dose de 18 à 20 grammes, sans employer aucun autre médicament. C'était le 3 février, chez un manouvrier, âgé de cinquante ans, qui, dans un état d'ivresse complète, tombe sur un escalier et se fait à la tête une blessure de 3 centimètres à la partie supérieure de la région occipito-pariétale. Les jours suivants, il se remet à son travail, mais est forcé de l'interrompre le 13. Le 15, il est dans l'état suivant : Impossibilité d'ouvrir la bouche, le cou est rigide et on soulève le malade tout d'une pièce. Anxiété très-grande et menace d'asphyxie. Notre confrère prescrit, toutes les demi-heures, six à sept gouttes d'ammoniaque liquide dans une tisane de violette et dit au malade que sa vie dépend de l'exacte administration du remède.

Le lendemain, après une diaphorèse abondante, le malade se trouve soulagé. Ses crampes, dit-il, ne reviennent plus qu'à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

Le troisième jour, l'amélioration est plus marquée.

Le quatrième jour, les sueurs diminuent. Le malade ouvre la bouche, de manière à y passer son doigt. Ses crises ne reviennent que toutes les demi-heures. Le remède est toujours continué à la même dose.

Le cinquième jour, R... commence à se lever.

Le sixième jour, il se promène, il boit et mange comme à son ordinaire.

Le septième jour, il n'est plus malade. Tout traitement est cessé. Il n'y a eu ni délire ni fièvre. (*Gaz. des hôp.*, n° 70.)

Vapeur humide. On trouve la confirmation de l'efficacité des sudorifiques dans un tétanos survenu spontanément au vingt-cinquième jour d'une fièvre typhoïde chez un enfant de dix ans, alors qu'il semblait entrer en convalescence, et guéri par la chaleur humide. Le docteur de Brissy, appelé en consultation, proposa d'essayer ce moyen employé avec succès par un médecin de marine en plaçant ses malades dans la cale du navire. Dès lors, la vaste cuisinière qui servait de poêle dans la chambre fut allumée avec un énorme chaudron et plusieurs autres vases remplis d'eau placés dessus et portés à l'ébullition. Les issues fermées, une épaisse vapeur se répandit dans la chambre, et, après cinq à six heures de séjour du malade dans ce milieu incommode, tous les accidents tétaniques se dissipèrent comme par enchantement, excepté un peu de douleur et de courbature dans les membres. (*Presse méd. belge*, n° 51.)

Quoiqu'il s'agisse d'une complication rare et singulière de la fièvre typhoïde, il est utile de faire connaître cette médication comme une des plus rationnelles. Si cette voie dérivative est la meilleure, la plus sûre à employer, il ne s'agit que de perfectionner les moyens d'en obtenir un prompt et complet effet, le bain de vapeur, par exemple, ou le *vaporarium*, tel qu'il a été établi à Reims, d'après les expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par le professeur Trousseau.

Injection d'éther. Une tentative bien autrement hardie a été faite récemment avec succès : c'est l'injection de l'éther dans la jugulaire par M. Aubry, vétérinaire à Saint-Servan. Le sujet de l'expérience justifie heureusement cette hardiesse, et c'est simplement à titre de renseignement que nous signalons cette thérapeutique comparée. Il s'agit de trois chevaux atteints de tétanos ; et, comme cette névrose est aussi mortelle, paraît-il, chez le cheval que chez l'homme, ils allaient être sacrifiés, abattus, lorsque M. Aubry, à défaut de pouvoir employer convenablement l'éthérisation, et fondé sur la facilité d'introduire une grande quantité de liquide dans la jugulaire, ouvrit ce

vaisseau avec la flamme, et, à l'aide d'un entonnoir, à goulot effilé et courbe, préalablement fermé par une baguette pour éviter l'introduction de l'air, glissé dans la veine, il y fait couler d'abord deux décilitres d'eau tiède, puis 15 grammes environ d'éther sulfurique, après quoi il ferme cette ouverture. Immédiatement, une agitation extrême se manifeste; le cheval dresse la tête, se cabre, sa respiration devient dyspnéique, le corps se couvre de sueur, et l'air expiré des naseaux dégage une forte odeur d'éther. Ce paroxysme cesse après cinq à six minutes, et une stupeur très-remarquable y succède; les paupières sont à demi closes et larmoyantes; l'encolure se fléchit; la tête, portée haute jusque-là, s'abaisse et s'appuie sur la mangeoire; une copieuse défécation a lieu.

Renouvelées une et deux fois à un jour ou deux d'intervalle, avec 20 et même 25 grammes d'éther, toujours précédées d'une quantité proportionnelle d'eau tiède, ces injections ont constamment produit le même effet en étant suivies d'une amélioration graduelle qui, dans les trois cas, est allée jusqu'à une guérison complète après un mois à six semaines. (*Recueil de méd. vétérinaire*, février.)

Aussi remarquables par la nouveauté, la hardiesse, que le résultat de l'entreprise, ces expériences s'ajoutent heureusement à celles qui ont été faites récemment sur l'homme dans le choléra. L'injection de l'eau et de liquides médicamenteux, en se montrant sans danger et même utile, il n'y a plus qu'un pas à faire pour injecter de l'éther contre le tétanos dans les cas désespérés. Les exemples ci-dessus y encouragent. Que pourrait-on reprocher à qui tentera le premier cette expérience, quand on n'a pas craint d'employer en pareil cas des poisons aussi violents que le curare, la fève de Calabar, etc.? C'est une nouvelle voie thérapeutique ouverte, à qui osera la suivre d'y laisser son nom. Le succès justifie tout.

Fève de Calabar. Dans deux cas de tétanos traumatique observés par le docteur Watson à l'infirmerie royale de Glasgow chez une fille de onze ans et un garçon de treize, les effets de ce poison furent très-sensibles sur la contraction musculaire; une détente s'opérait chaque fois qu'il l'administrait sous la forme suivante :

℞ Vin blanc	....	30 grammes.
Extrait de fève de Calabar	.....	12 grains.

5 gouttes de demi-heure en demi-heure.

Ces deux enfants guérirent et furent envoyés au *convalescent Home* de Bothwell le 4 janvier (*Lancet*, mars).

D'après les propriétés de cet agent et les succès obtenus ici et là (voy. *Année* 1864), il serait désirable que des expérimentations comparatives fussent faites pour connaître le degré de valeur et les indications spéciales de ce nouveau médicament contre cette redoutable névrose. Par son actualité et son importance, ce sujet s'impose des premiers à l'ordre du jour de la *Société de thérapeutique expérimentale.*

THÉRAPEUTIQUE. La vogue obtenue dans ces dernières années par les divers composés carbonés, et la grande place qu'ils ont conquise en thérapeutique, les fait souvent employer à tort, sans indication rationnelle. Il ne suffit pas qu'un remède soit nouveau et à la mode pour y recourir dans tous les cas et d'une manière tout empirique. Les essais, les expériences ou les expérimentations thérapeutiques ne se justifient sur l'homme vivant que par une indication positive ou lorsque l'incurabilité du mal, l'impuissance de l'art sont généralement reconnues, avérées, et encore doivent-elles se faire avec la prudence, la réserve, la mesure que commande la vie humaine. Tout autre considération, même celle du progrès, doit fléchir devant cet intérêt respectable et sacré. Le progrès durable et solide vient plus souvent des perfectionnements que des innovations.

Il faut citer aussi, mais comme l'une des plus heureuses innovations, la fondation d'une *Société de thérapeutique*, dont le siége est à Paris, et tendant à contrôler réciproquement l'une par l'autre la tradition médicale, l'observation clinique et l'expérimentation. Pour rendre ce contrôle le plus concluant, les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires sont appelés à en faire partie comme titulaires et comme correspondants. Des sujets d'expériences physiologiques et d'observations thérapeutiques sont chaque mois mis à l'ordre du jour de la Société.

Thérapeutique respiratoire. En proposant la voie bronchique pour l'introduction des médicaments, M. Sales-Girons n'a pas voulu en faire une méthode exclusive. Ceux qui ont de

l'analogie avec les aliments, comme l'huile de foie de morue, ou qui sont ordonnés à grande dose continueront bien entendu à être administrés par l'estomac. Ceux des bronches sont les solutions agissant à faible dose comme celle de sulfate de quinine et des autres alcaloïdes de l'opium, de la digitale, de la belladone, du colchique. Les solutions iodées, arséniées, chlorées, bromurées, émetisées, ferrées sont encore de ce nombre, comme tous les médicaments actifs pouvant être administrés par cette voie.

La pulvérisation, assez généralement adoptée déjà pour le traitement spécial des maladies pulmonaires, a quelque peu familiarisé avec la respiration des liquides pulvérisés. On sait qu'il n'y a rien de douloureux ; qu'il suffit d'inspirer la poussière en ouvrant la bouche profondément, et que cinq ou dix minutes de cette pratique font la longueur de la séance qui, répétée trois ou quatre fois par jour ou par vingt-quatre heures, ne serait pas d'un assujétissement trop pénible pour le malade, lorsque le médecin l'aurait mis à même de s'administrer lui-même le médicament.

Il y a des gargarismes et des inhalations gazeuses ou de vapeurs qui ne demandent ni moins de temps ni moins de peine.

Quant au dosage du médicament, il peut y avoir en cinq minutes 50 inspirations, dont chacune introduit une goutte du liquide médicamenteux, soit 50 gouttes par cinq minutes : voilà pour les bronches.

Mais la muqueuse bronchique n'est pas la seule ici qui soit mise en rapport de contact avec la pulvérisation liquide. Les muqueuses buccale, pharyngienne, laryngienne et trachéale sont encore tout le temps inondées du liquide pulvérisé, et celles-ci, sans avoir la grande aptitude d'absorption de celle des bronches, n'en sont pas moins douées d'un pouvoir absorbant assez notable.

En outre, la forme purulente est reconnue propre à favoriser l'absorption en quantité et à la rendre pour ainsi dire instantanée, le médicament est plus actif par sa dynamisation.

En comptant que les muqueuses des premières voies utilisent deux fois autant de médicaments que celle des bronches, l'absorption totale est de 150 gouttes de médicament introduites dans l'organisme par séance de cinq à six minutes.

Quatre séances par jour donneraient donc 600 gouttes, soit

à 1 gramme par 20 gouttes, 30 grammes de la dissolution médicamenteuse absorbée ; car dans cette nouvelle voie, différemment de la voie gastrique, tout ce qui est introduit est absorbé sans perte, ni détournement, ni décomposition.

En résumé, la pulvérisation donnant 600 gouttes d'une solution alcaloïde par jour à absorber à la muqueuse respiratoire, qui ne perd rien, peut se présenter, en attendant mieux, comme le moyen suffisant pour instituer la thérapeutique respiratoire. — Voy. Hémoptysie. — Térébenthine.

THYROIDISME. — Voy. Goître kystique.

TRACHÉOTOMIE. Sur 16 trachéotomies pour le croup, pratiquées à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bourdillat, interne, a eu 10 succès, soit 63 : 100. Tout en tenant compte d'une série heureuse probable, il a attribué cette proportion favorable à la rapidité de son procédé opératoire, qui, exécuté en deux temps, lui permet de ne répandre que peu de sang. Plongeant le bistouri sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, il fait une incision d'un centimètre de profondeur (un peu moins chez les enfants au-dessous de deux ans) et d'un centimetre et demi à deux centimètres de longueur. 2° La trachée ainsi mise à nu, l'opérateur l'incise en se servant de l'indicateur gauche pour guide. Il résulte de nombreuses mensurations que l'instrument conduit d'après ces indications ne peut atteindre la paroi postérieure de la trachée et à plus forte raison l'œsophage.

Le relevé des opérations à Sainte-Eugénie, depuis 1861, signale une progression croissante de succès, sauf 1864, ce qui peut être attribué à des soins mieux entendus.

1860............	35 opérations.	8 guérisons.	12 p. 100
1861............	76	13	17
1862............	111	22	19
1863............	112	34	30
1864............	121	15	12
1865............	147	46	31
1866............	129	45	35
1867 (1er sem.)....	62	25	40

Sur 158 non opérés, 94 guérisons.

Age. A l'occasion d'un succès obtenu par M. Isambert sur un

enfant de seize mois, opéré aussi par le procédé de M. Chassaignac et communiqué à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, une discussion éclatante de faits s'est ouverte pour montrer que le très-jeune âge n'est pas une contre-indication. C'est d'abord M. le docteur Archambault qui, ayant pratiqué 67 fois la trachéotomie dont 2 fois chez des adultes, apporte un contingent de 65 cas ayant donné 21 succès indiqués avec le nom, l'âge, l'adresse des opérés, car tous ces succès ont été obtenus en ville à la période ultime du croup; sans compter ceux que des complications, consécutives à l'enlèvement de la canule, ont transformé en morts.

Depuis la discussion académique de 1858, il était admis généralement qu'on ne devait pas opérer les enfants au-dessous de deux ans, surtout au-dessous de vingt mois. Or, sur les 21 succès de M. Archambault, on compte un garçon de cinq mois, un de treize et une fille de dix-neuf mois. M. Vigla en a opéré et guéri un de dix-sept mois, M. Potain un de dix-huit et M. Moutard-Martin en a compté jusqu'à sept au-dessous de deux ans. Enfin on sait que Trousseau opéra et guérit une fille de treize mois, M. Laborde a de même cité des enfants de vingt-deux et de vingt-trois mois opérés et guéris, et M. Roger a rappelé l'issue heureuse d'une trachéotomie faite à six semaines sur l'enfant de M. Scoutetten.

Voilà donc des succès positifs qui prouvent que le bas âge n'est pas une contre-indication d'opérer. Il faut remarquer pourtant que tous ces succès ont été obtenus en ville et que c'est le contraire à l'hôpital. De là, la proscription d'opérer à cet âge. Heureusement il y a lieu à distinction pour la ville, sans que l'on puisse dire si la proportion des guérisons est la même avant deux ans qu'après. Une statistique comparative pourrait seule l'établir, et elle est encore à faire.

Mais s'il n'y a pas contre-indication, il y a des difficultés d'exécution que M. Peter a très-bien fait ressortir. Telle est la brièveté du cou et son embonpoint, l'étroitesse et la flaccidité de la trachée dont le diamètre est d'un centimètre à peine. Cela fait que l'os hyoïde peut être confondu et l'a été pour le cartilage thyroïde, point de repère habituel pour l'incision de manière à pratiquer la laryngotomie pour la trachéotomie, comme cela est arrivé.

Un autre accident est le renversement de la trachée sous le doigt qui la fixe, de manière que l'incision se trouve faite

tout de côté et peut devenir fatale en déterminant l'emphysème. Devant le danger d'employer la ponction de M. Chassaignac en s'exposant à la perforer de part en part, il y a de grandes précautions à prendre pour éviter ces deux graves écueils.

Si la trachéotomie est constamment mortelle chez l'adulte, il n'est pas prouvé qu'elle soit contre-indiquée au-dessus de neuf ans comme on l'a dit. La statistique de M. Archambault compte un succès chez un garçon de onze ans, et il y en a bien d'autres.

Les vraies contre-indications sont au contraire l'extrême fréquence du pouls se liant presque toujours à une bronco-pneumonie ; la teinte cyanique et encore plus la teinte pâle cachectique, *indice certain d'infection diphthéritique*, lors même que tous les signes physiques font défaut.

La fréquence des mouvements respiratoires, contrastant avec la rareté des respirations et la sécheresse de la canule après l'opération, sont des signes de bronchite pseudo-membraneuse, dont les enfants peuvent guérir suivant M. Peter. Ils ne sont donc pas une contre-indication absolue, non même que la pneumonie diphthéritique ; la seule contre-indication formelle est l'intoxication profonde qui se reconnaît à la pâleur cireuse de la face, au gonflement ganglionnaire énorme, à la bouffissure qui n'est ni l'œdème ni l'emphysème ; l'aspect gris sombre des fausses membranes, l'odeur infecte de la gorge, le collapsus général et la tendance au refroidissement. (*Union méd.*, n°s 87 à 110.)

Pour prévenir l'échappement du tube à demeure ou son entrée, sa chute dans la plèvre, comme cela est arrivé, en constituant des difficultés et des dangers sérieux, M. Barth le fixe par quelques fils de soie retenus sur la peau avec des bandelettes agglutinatives. Le maintien en est assuré par ce procédé très-simple. (*Acad. de méd.*, 1866.)

Canule à soupape. Il est souvent difficile de savoir quand on peut sans danger retirer la canule trachéale. Si on la retire avant que la perméabilité du larynx soit rétablie, le malade est exposé aux dangers de la suffocation, car on replace quelquefois difficilement la canule que l'on vient d'enlever. Celle-ci est munie d'une ouverture sur la convexité de sa courbure, permettant à l'air de passer dans le larynx lorsque l'on bouche

l'extrémité antérieure de l'instrument. A cette extrémité antérieure s'applique une pièce mobile renfermant une soupape dont l'occlusion est réglée par le mouvement d'une vis. En fermant plus ou moins cette soupape, on force l'air à passer plus ou moins par le larynx, et lorsqu'on a pu tenir cette soupape fermée pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, on a la certitude de pouvoir sans danger retirer la canule, puisqu'on s'est assuré que le passage de l'air par les voies naturelles est devenu possible et suffisant. (*Soc. de chir.*, avril.)

L'utilité de cette modification s'est immédiatement montrée par un exemple communiqué à la *Société* par M. Parise de Lille. La canule enlevée un mois après la trachéotomie, détermina aussitôt la suffocation surtout pendant la nuit, et c'est ainsi que trois mois après, l'enfant la conservait encore malgré des tentatives réitérées d'extraction. A cette époque, il fallait la fermer avec un bouchon durant le jour pour habituer graduellement l'opéré à s'en passer, et la tenir ouverte la nuit pour prévenir la suffocation. Avec la canule à soupape, tous ces inconvénients disparaissent, on peut ouvrir et fermer alternativement la canule sans la déplacer et presque sans le secours du chirurgien. — Voy. Anévrysme.

Nouvel aspirateur trachéal. L'idée en a été suggérée au docteur Menasci par l'exemple fatal du professeur Weber de Heidelberg. Il consiste en un flacon en cristal à deux tubulures dont l'une allongée, effilée et recourbée en bas vers le fond du flacon, est en argent et destinée à pénétrer dans la trachée; l'autre, au contraire, est dirigée en haut et destinée à aspirer le sang et les mucosités qui tombent ainsi au fond du flacon sans contaminer la bouche de l'opérateur. C'est du moins ce qui résulte des expériences faites sur des animaux. (*Imparziale*, n° 21.)

Difficultés de la trachéotomie, par le docteur V. Legros (d'Aubusson). Mémoire couronné par la Société médico-chirurgicale de Liége au concours de 1866. In-8°.

TREMBLEMENT. Tremblement mercuriel. Il s'est offert isolément comme signe d'intoxication, sans stomatite ni cachexie, chez un homme admis à l'Hôtel-Dieu, et occupé depuis deux ans à casser les débris de vieilles glaces, pour en

retirer l'amalgame qui forme le tain. Cette poussière est tamisée, lavée, et l'on en retire en dernier lieu le mercure. Cet ouvrier éprouva tout à coup des fourmillements et des frémissements dans les mains, qui perdirent la précision de leurs mouvements, sans offrir l'alanguissement, la pâleur et la mollesse des chairs signalés comme les prodromes du tremblement mercuriel. Néanmoins ce tremblement s'empara des membres supérieurs et se généralisa sous forme de petites secousses successives et involontaires, qui allèrent en augmentant. Sa main, posée sur un endroit quelconque, sentait partout des frémissements des tissus, mais notamment aux bras, et qui étaient beaucoup plus forts, plus intenses quand le malade était levé que couché. Sa main hésitait à prendre un verre à boire ; il le saisissait convulsivement, et il fallait le concours des dents et des deux mains pour permettre à ce malheureux de vider son verre. Il ne pouvait ramasser une épingle et ne marchait qu'en vacillant. Sa parole était embarrassée, il bredouillait et avait beaucoup perdu de ses forces.

Des bains sulfureux et surtout l'iodure de potassium à l'intérieur, joints à l'éloignement de la cause et à un bon régime, amenèrent la guérison. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre.)

TRÉPAN. A propos d'un beau succès obtenu par M. Broca sur un fumiste de quatorze ans, ayant une fracture du frontal avec enfoncement, M. Legouest montre que cette question du trépan, que l'on croyait jugée contre elle depuis Desault, paraît devoir exiger un nouvel examen, d'après les faits. En Crimée, où l'armée française a perdu 73,7 pour 100 de ses blessés atteints de fracture du crâne, blessés traités par les moyens médicaux, cette mortalité dans l'armée anglaise, où les chirurgiens, imbus encore des idées défendues par Pott, avaient largement usé du trépan, a été de 100 pour 100.

D'après les résultats fournis par la guerre d'Amérique, le traitement médical a donné seulement 20 pour 100 de guérisons, et le traitement chirurgical 75 sur un total de 114 cas.

Ces contradictions semblent donc exiger un nouvel examen de cette question.

Une autre particularité est la hernie que fait parfois la masse cérébrale à travers la perforation osseuse, irruption parfois si considérable que le volume peut égaler la grosseur

du poing. M. Broca a exercé dessus une compression qui semble en avoir aidé le retrait; mais, dans deux cas semblables, M. Deguise, en la réséquant, trouva à l'autopsie un vide correspondant à la quantité réséquée, et le surplus parfaitement réduit (*Soc. de chirurgie*, décembre 1866). Il semble donc que ce retrait, cette réduction, à moins d'être un effet purement cadavérique, peut être spontanée sans nécessiter la compression, qui peut faire naître des complications.

Quant à l'opportunité du trépan, M. Broca conseille l'expectation quand il n'y a pas d'accidents, et l'opération quand il y a enfoncement des os, au moment où les complications surviennent. Sous ce rapport, M. Perrin trouve la formule beaucoup trop vague. Il faudrait spécifier de quelles complications il s'agit. La formule de M. Deguise : de trépaner chaque fois qu'il y a compression du cerveau par un fragment d'os, est beaucoup plus précise. Il l'assimile à un simple débridement. Quelques couronnes de trépan ne peuvent rien aggraver, et c'est le moyen de remplir une indication très-claire. C'est le cas de dire que si plusieurs blessés ont guéri sans cela, combien sont morts par l'omission de cette simple précaution.

Sauf les cas d'accidents produits par l'enfoncement des os et la pénétration des fragments dans la substance cérébrale, tout le reste tombe dans le terrain vague de la chirurgie, selon M. Trélat. Opérer dans d'autres cas, c'est faire un trépan préventif qui peut empêcher des accidents consécutifs, mortels, abcès, inflammation, carie, nécrose ou exostoses impossibles à prévoir, mais pour être inutile, sinon dangereux le plus souvent. C'est pourquoi M. Perrin le proscrit toutes les fois qu'il n'a pas une indication nette et précise.

Pour sortir de ce vague et mieux préciser les indications, M. Le Fort a interrogé les observations publiées dans les journaux anglais. Il en a trouvé 137 de 1855 à 1866, ce qui montre la différence de la pratique française à ce sujet où, pendant la même époque, il n'y a eu que 4 cas de publiés. Malgaigne n'avait déjà trouvé que 15 cas de trépan dans les hôpitaux de Paris, de 1835 à 1841, et en combattant à outrance cette opération, il a contribué à la rendre encore plus rare. M. Trélat n'en a trouvé plus tard que 14 applications en 10 ans dans tous les hôpitaux de Paris.

Il a rattaché à cet effet à trois ordres principaux les phénomènes observés dans les blessures de la tête :

1° Phénomènes de coma, stupeur avec stertor, persistant depuis l'accident jusqu'à la mort ;

2° Convulsions et délire se manifestant soit immédiatement, soit un certain temps après l'accident ;

3° Phénomènes de paralysie, ordinairement d'hémiplégie, rarement de la paraplégie, paralysie seule ou accompagnée de convulsions légères

1° *Coma, insensibilité persistante, stertor.* — La perte de connaissance qui suit presque toujours les chutes, les coups sur la tête, est parfois courte, rapide, et l'individu se réveille bientôt, sans autre accident. C'est un peu d'ébranlement cérébral suivi de syncope D'autres fois, l'individu succombe dans le coma sans avoir recouvré sa connaissance. C'est la commotion cérébrale. Or, la commotion grave, suivie de mort, se comprend difficilement sans lésions : quand ce n'est pas dans le cerveau, c'est dans la moelle ou les organes thoraciques. Un individu tombe d'une hauteur de quarante pieds, il meurt. A l'autopsie, on ne trouve pas de lésions cérébrales suffisantes pour expliquer la mort, mais on constate la luxation de l'atlas sur l'occipital. En 1843, un autre individu succombe, à l'hôpital Saint-Antoine, aux suites d'une chute. L'examen du cerveau n'ayant rien fait découvrir dans cet organe, la mort est mise sur le compte de la commotion cérébrale. Deville a l'idée de poursuivre l'autopsie, il trouve le canal rachidien rempli de sang dans toute sa longueur. Deux fois on a constaté, dans des cas analogues, la rupture du cœur, une fois celle de la rate.

Il n'existe pas une seule observation authentique de mort par commotion sans lésion du cerveau ou d'autres organes. Très-souvent, dans les cas mortels, on a trouvé des lésions graves du cerveau suffisantes pour expliquer la mort

Or, si l'on examine les résultats de l'opération du trépan pratiquée pendant le coma, on voit que, sur 20 cas, 15 malades ont succombé et 5 ont guéri. Cela fait une mortalité de 75 p. 100. Chez les 15 morts :

3 fois l'autopsie n'a pas été pratiquée ;

1 fois, après avoir repris connaissance, le malade est mort de méningite, le sixième jour de l'opération ;

5 fois il y avait fracture de la base du crâne, 4 fois avec dilacération étendue du cerveau, 1 fois avec caillots sanguins dans les ventricules ;

3 fois il existait des dilacérations du cerveau sans fracture de la base du crâne;

3 fois il y avait des hémorrhagies graves, 2 fois par rupture de l'artère méningée moyenne, 1 fois par rupture du sinus longitudinal supérieur.

Le coma qui succède aux coups et chutes sur la tête est donc un symptôme grave.

Lorsqu'il est profond, accompagné de résolution complète des membres et de stertor, il faut s'abstenir. Si le malade, revenu à lui, présente des symptômes de paralysie limités à un seul côté, il est permis d'intervenir activement; mais il est souvent convenable de différer quelques heures, jusqu'à ce que la cessation des symptômes propres à la syncope cérébrale laisse la place aux symptômes de la lésion cérébrale ou de la compression limitée Il ne faut pas oublier d'ailleurs, d'une part, que le trépan pratiqué dans ces conditions n'a pas empêché une mortalité de 75 pour 100; d'autre part, que l'expérience démontre, dans quelques cas, la possibilité de la guérison sans intervention.

2° *Symptômes actifs : fièvre, convulsions, délire, douleurs de tête.* — Ce sont les plus importants au point de vue des indications thérapeutiques à préciser. Ils sont généralement considérés comme des signes de compression, bien que leur signification soit moindre que celle de l'hémiplégie :

27 fois le trépan a été appliqué dans ces conditions; 25 individus sont morts, 2 seulement ont guéri; cela fait une mortalité de 94 pour 100.

Chez ces 25 morts, 4 fois l'autopsie n'a pas été pratiquée.

La méningite a été constatée 7 fois avec suppuration, 4 fois avec destruction limitée, 2 fois avec désorganisation étendue du cerveau, 1 fois après abcès du cerveau, 1 fois avec congestion cérébrale, 1 fois on a constaté l'anémie du cerveau, 1 fois il y avait fracture de la base du crâne; 1 malade est mort pendant l'opération, 1 autre a succombé le jour même de l'opération. Dans tous ces cas, les malades sont morts de lésions développées antérieurement à l'application du trépan.

Si, en face de ces cas, on place des cas analogues non opérés, on voit que, sur 11 individus atteints de délire et d'accidents convulsifs, 10 sont morts, 1 seul a guéri. C'est donc à peu près la même proportion.

De ces 11 individus : 1 n'avait pas de délire; 3 avaient du

délire avec agitation violente; 7 présentaient des convulsions épileptiformes.

Quant aux lésions correspondantes : 2 fois l'autopsie n'a pas été pratiquée ; mais, chez l'un des malades, un lobe du cerveau avait été mis à nu ; chez l'autre, on a retiré avec une pince, après la mort, un morceau de plomb logé dans la substance cérébrale; 2 fois il y avait abcès du cerveau communiquant avec le ventricule ; 1 fois déchirure du cerveau jusqu'au ventricule droit ; 3 fois déchirure étendue du cerveau ; 2 fois abcès du cerveau et méningite.

Le seul des 11 malades qui a guéri avait présenté du délire avec agitation, et la nature lui avait fait elle-même l'opération du trépan au moyen d'une plaie du crâne, à travers laquelle une portion de matière cérébrale s'était échappée.

Parmi les trépanés, 4 avaient éprouvé des convulsions le jour même de l'accident (2 avaient repris connaissance); 1 avait eu des convulsions après 1 jour; 4 après 3 jours; 1 après 4 jours ; 2 après 5 jours; 1 après 12 jours; 2 après 15 jours; 1 après 19 jours; 1 après 29; 1 après 41 jours; 1 après un temps indéterminé.

Parmi les non opérés, 2 avaient eu des accidents après 2 jours; 5 après 3 jours; 1 après quelques jours; 1 après 13 jours; 1 après 17 jours; 1 après quelques mois.

D'où il suit que les convulsions constituent un symptôme extrêmement grave, et que, dans ces cas, il faut presque toujours s'abstenir, les lésions que ce symptôme indique, méningite, encéphalite, altérations matérielles graves, étant de nature à ne pouvoir être modifiées par le trépan.

3° *Paralysie, paraplégie, hémiplégie.* — L'hémiplégie existe seule ; rarement elle se combine avec les convulsions dans les lésions cérébrales. Chez 10 malades, 8 fois l'hémiplégie existait seule, 2 fois elle était mêlée à quelques convulsions légères. De l'aveu de tous les chirurgiens, elle est un signe de compression et tient parfois à la contusion cérébrale, le plus souvent d'épanchements limités qui empêchent les fonctions du cerveau.

L'hémiplégie est ordinairement *consécutive* à l'accident, chute, coup, blessure, qui a provoqué l'épanchement, cause de la compression. Chez 10 malades, 2 fois l'hémiplégie était survenue immédiatement après l'accident, mais, dans ces deux cas, il y avait issue de matière cérébrale; 3 fois l'hémiplégie

était survenue le deuxième jour; 1 fois le quatrième jour; 1 fois le cinquième jour; 1 fois le neuvième jour; 1 fois le dix-neuvième jour; 1 fois après trois semaines.

Dans les 10 cas, l'hémiplégie disparaît après l'opération; 7 blessés guérissent, 3 seulement meurent d'accidents qui n'ôtent rien à la valeur des signes diagnostiques : 1 de hernie consécutive du cerveau, après trois mois; 1 d'infection purulente, le quatorzième jour; 1 de méningite, le septième jour. C'est donc 36 pour 100 de mortalité. L'hémiplégie n'est donc pas un symptôme aussi grave que les convulsions ni le coma. En outre, dans tous les cas où l'on a fait le trépan pour remédier à l'hémiplégie, on a trouvé dans la lésion anatomique la justification de l'opération; c'est le contraire dans les cas de convulsions.

Trois ordres différents de symptômes correspondant à trois genres de lésions commandent donc les indications et les contre-indications du trépan :

1° Le coma, avec stertor, répond, soit à une lésion cérébrale grave, soit à un épanchement succédant à la commotion du cerveau; — dans ces cas, il faut s'abstenir ou, du moins, attendre.

2° Les convulsions indiquent, soit une méningite ou une méningo-encéphalite, soit la blessure du cerveau par un fragment d'os; — dans le premier cas, il faut s'abstenir; dans le deuxième, il faut se hâter d'opérer.

3° L'hémiplégie est le signe de la compression du cerveau, tantôt par un fragment osseux, le plus souvent par du sang épanché; — l'indication est de trépaner de suite.

Quant au danger de l'opération, les expériences de Fischer en établissent l'innocuité. Si, des 15 cas rappelés par Malgaigne de 1835 à 1841, aucun n'a eu de succès, la gravité de ces cas et l'opération pratiquée *in extremis* en rendent compte. C'est le contraire dans la statistique de la guerre d'Amérique, où sur 107 opérés, il y a eu 60 morts, 47 guérisons, soit 56 pour 100 de mortalité. Cette proportion a été de 58 en Angleterre, où sur les 134 opérés, il y a eu 76 morts et 58 guérisons.

Appliqué sans accidents cérébraux sur 34 individus, il y a eu 24 guérisons, ce qui tend à montrer que la gravité des lésions existantes influe plus que le trépan sur la mortalité.

Au contraire, sur une série de 57 cas où il n'a pas été pra-

tiqué, on trouve 32 morts et 15 guérisons, soit 68 pour 100 de mortalité.

Le trépan n'est donc pas une cause suffisante de mort pour que l'on doive hésiter à la pratiquer, non-seulement lorsqu'il y a indication, mais lorsqu'il y a doute.

Ces indications se résument sous les trois chefs suivants :

1° *Il n'y a pas d'accidents primitifs avec fracture simple ou enfoncement.* Si la fracture est simple, la science est fixée aujourd'hui : il faut s'abstenir ; les fractures du crâne ne sont pas une indication forcée de la trépanation, comme l'enseignait l'Académie royale de chirurgie.

S'il y a fracture avec enfoncement, la question est plus difficile. Deux cas peuvent se présenter : l'enfoncement considérable ou léger est avec plaie ou sans plaie.

Les dangers de l'enfoncement varient suivant que la dure-mère est intacte ou qu'il y a pénétration de l'os enfoncé dans la substance cérébrale.

Si l'enfoncement est considérable, sans plaie, il faut intervenir, inciser et trépaner;

Si l'enfoncement est peu considérable, il faut songer, d'une part, que le malade peut guérir et, d'autre part, que la trépanation l'expose aux dangers de l'infection purulente ; il convient donc de s'abstenir et d'attendre ;

S'il y a plaie avec fracture et enfoncement, il faut trépaner immédiatement ou, du moins, relever les fragments.

2° *Il existe des accidents primitifs.* Si la fracture est sans plaie, il faut débrider sur le siége de la lésion pour savoir à quoi tiennent les accidents.

S'il existe une plaie avec fracture simple, la conduite du chirurgien varie. S'il y a coma, il faut attendre; si hémiplégie seule ou avec convulsions partielles, il faut trépaner; si convulsions générales et délire, il faut s'abstenir du trépan et essayer les préparations opiacées à haute dose, qui ont eu de bons résultats entre les mains de plusieurs praticiens;

Si la plaie est accompagnée de fracture avec enfoncement, il faut trépaner ou, du moins, relever toujours les fragments, quand ils peuvent l'être.

3° *Les accidents se développent ultérieurement.* Il faut commencer par examiner le siége de la contusion, où souvent des traces peuvent guider ; une incision au besoin montrera s'il y a fracture. Quelquefois le péricrâne est détaché. Dans ces cas,

P. Pott, Ledran, trépanaient; mais le succès d'une pareille opération est fort incertain puisque, sur 7 cas, il y a eu 7 morts. La trépanation est indiquée lorsqu'il y a hémiplégie correspondant à une lésion crânienne évidente, telle que nécrose en voie de production, etc. S'il n'y a ni détachement du péricrâne, ni symptôme local, il faut s'abstenir.

S'il y a fracture avec coma ou convulsions générales, il faut s'abstenir; s'il y a hémiplégie seule ou avec convulsions limitées, il faut intervenir; dans 2 cas de cette nature, le trépan a donné 2 guérisons.

Trois ordres de phénomènes dominent la pathologie des coups et blessures de la tête, et les indications thérapeutiques des accidents, au point de vue de l'opération du trépan : ce sont le coma, les convulsions, l'hémiplégie.

Dans le coma, la règle est d'attendre;

Dans les convulsions, le principe est de n'opérer jamais ou presque jamais :

Dans l'hémiplégie simple ou compliquée de convulsions partielles, l'indication est d'intervenir toujours ou presque toujours, et d'intervenir de bonne heure.

Dans le cas d'accidents tardifs il faut intervenir, si à l'hémiplégie cérébrale, se joignent des signes de fracture avec dénudation du crâne; et si, à la suite du trépan, on ne trouve pas d'épanchement, il ne faut pas craindre de porter le bistouri dans les couches extérieures du cerveau présumées être le siége d'un abcès.

Dans ces conditions, le trépan est une opération excellente, qui mérite de prendre dans la pratique de la chirurgie française une place honorable, aussi éloignée de l'engouement dont elle fut l'objet au temps de l'Académie royale de chirurgie, que du discrédit profond où elle est tombée aujourd'hui.

L'accord entre M. Lefort et M. Legouest n'est pas étonnant, car ils s'appuient à peu près sur les mêmes faits, les mêmes statistiques. La seule dissidence est, selon ce dernier, que les convulsions générales n'excluent pas absolument l'opération, puisque, dans le cas même de M. Broca, qui a fait l'objet de la discussion, ce sont des convulsions épileptiformes qui l'ont déterminée. Elles sont assez éloignées d'une irritation locale causée par la présence d'une esquille, d'un abcès, et indiquent le trépan. L'aphorisme contraire de M. Lefort est donc ici en défaut.

M. Legouest considère aussi l'enfoncement du crâne avec ou sans fracture ni accidents immédiats, comme une indication constante de le pratiquer immédiatement sans attendre, comme on le fait, les phénomènes de compression. C'est de la chirurgie préventive qui a son utilité. En résumé, il y a indication pour lui toutes les fois qu'il y a doute.

C'est le contraire pour M. Trélat, qui comprend la disposition différente d'esprit des chirurgiens militaires, en ce que ceux-ci ne voient en général que des plaies de tête locales, limitées, où le trépan est tout-puissant, tandis que c'est le contraire dans la pratique civile. Aussi reproche-t-il à M. Lefort d'avoir fait de l'hémiplégie sans fracture ni lésion apparente une indication du trépan quand rien ne peut indiquer le siége précis du mal. C'est s'exposer volontairement à des revers, et déconsidérer l'art que d'agir ainsi *à l'aveuglette*. Pour lui, l'indication la plus générale sont les lésions localisées ; les lésions diffuses, accompagnées de grands ébranlements, sont des contre-indications. On voit que pour éviter l'excès de précision on retombe aussitôt dans le vague sur ce sujet important.

C'est contre les éléments mêmes de la statistique de M. Le Fort et les préceptes beaucoup trop absolus qu'il en tire que s'élèvent MM. Giraldès et Després. Les observations qui en forment la base sont incomplètes, en ne tenant compte ni de la nature de la blessure, ni de son siége précis, ni de sa cause, ni de l'âge du blessé ; toutes conditions indispensables à une bonne statistique. Celle-ci est réduite à deux termes : la mort et la guérison, c'est malheureusement ainsi qu'elles sont faites trop souvent partout, en Amérique comme en Angleterre, et c'est pourquoi la même incertitude règne partout, comme en France sur les indications et les contre-indications de cette opération. L'hémiplégie, donnée comme une indication constante en tant qu'elle indique un épanchement de sang, n'est pas toujours aussi simple. Sur 30 cas, Prescott-Hewett a trouvé que l'épanchement s'accompagnait dans 25 de la contusion du cerveau, et M. Simpson a établi que, dans toute hémiplégie persistante, il y avait contusion de la substance cérébrale. L'indication la plus générale, c'est l'enfoncement des os avec accidents persistants. Vouloir réduire les autres à des formules étroites et dogmatiques, c'est impossible. Il faut faire une large part à l'expérience, au tact, à l'aptitude clinique, au coup d'œil, et en quelque sorte au tempérament du chirurgien. (*Soc. de chir.*, mars et avril.

En remontant aux œuvres originales d'Hippocrate, M. Pétrequin montre par des citations que pour ce grand observateur comme pour Celse, Galien, Paul d'Égine, Héliodore, Paré, Dionis, Ledran, Lassus, de même que Richter en Allemagne, Pott en Angleterre, et même M. Velpeau de nos jours font de la contusion du crâne, avec ou sans accidents consécutifs, une indication des plus précises de trépaner. C'est donc là une indication nouvelle ou plutôt *renouvelée* qui mérite d'être signalée, car elle ne se trouve pas parmi celles qu'a formulées M. Le Fort. De nos jours on n'accepte pas plus, dit le savant chirurgien de Lyon, la trépanation *curative* que la trépanation *préventive* formulées par Héliodore dans la contusion. Nous vivons sous l'empire de l'école de Desault, les esprits se sont détournés de la tradition pour se concentrer dans le présent ; on ne veut admettre que des faits nouveaux, on récuse tous les faits anciens comme mal observés, si bien qu'ils se trouvent relégués dans l'ombre.

TROCART. *Modification pour la perforation du tympan.* Partisan de la perforation de la membrane du tympan dont il rapporte cinq observations, le docteur Sapolini (de Milan), pour exécuter plus sûrement cette opération délicate, a modifié de la manière suivante l'instrument imaginé à cet effet par A. Cooper : dans une canule d'argent graduée par centimètres se trouve un stylet cylindrique à pointe triangulaire en or légèrement incurvée, avec une cannelure aux trois angles pouvant recevoir du nitrate d'argent pour cautériser les bords de la division. Un tambour renfermant une spirale élastique sur laquelle est fixé le stylet-trocart forme l'extrémité manuelle de la canule. Celle-ci introduite et placée, suivant les règles, sur le tympan, il suffit de tendre la spirale au moyen d'un bouton placé sur le manche pour que la pointe du stylet renfermé dans la canule fasse saillie et perfore le tympan d'un coup sec et instantané. Tout mouvement dangereux du patient est ainsi prévenu, car la douleur est à peine perçue que l'opération est faite. (*Annali univ. di med.*, février.)

Trocart à spirale. Imaginé par M. Nélaton pour prévenir l'écoulement du liquide dans le péritoine en ponctionnant le kyste dans l'ovariotomie, auquel cet instrument est spécialement réservé. — Voy. Ovariotomie.

Trocart à ailettes. Dans le même but, M. Panas a imaginé celui-ci pour les kystes du foie. — Voyez ce mot.

TROMPE D'EUSTACHE. Son orifice guttural ne s'ouvrant que par la déglutition, son occlusion paraît à M. J. Iago devoir s'opposer à l'entrée des ondulations sonores venant du gosier, et qui, par leur introduction, causeraient des oscillations incessantes du tympan, lesquelles, en se propageant à l'appareil délicat et complexe, connexe à cette membrane et s'étendant au labyrinthe, retentirait à chaque mouvement respiratoire sur l'appareil auditif. Leur communication avec le pharynx, s'opérant au moment où n'existe plus de courant respiratoire, semble justifier cette interprétation dont il trouve la confirmation dans le fait observé sur lui-même.

Une ablation partielle de la luette, suite d'hypertrophie, en ayant amené la déviation, il en résulta dans la trompe droite un défaut d'occlusion surtout pendant l'expiration. L'air y pénètre alors et exerce sur le tympan une pression douloureuse, qui ne cède qu'à un effort d'inspiration, la bouche et les narines fermées. C'est une sorte d'aspiration de l'air introduit, qui fait cesser aussitôt tous les accidents. Ils augmentent au contraire si l'ouverture persiste, l'air continuant à s'introduire à chaque inspiration cause une pression de plus en plus douloureuse avec bruits anormaux, notamment un bruit de soupape et de souffle à chaque expiration. La toux, l'éternuement augmentent ces phénomènes, la résonnance de la parole est augmentée, et il semble au patient qu'on lui parle dans l'oreille. Néanmoins l'audition est normale. (*British and foreign med. chir. Review*, janvier.)

TUBERCULOSE. Anatomie et physiologie. Rien qui ne soit déjà connu ne s'est produit sur cette première question soumise au Congrès international. M. Villemin, abandonnant ses premières opinions sur la spécificité de la granulation grise, n'en fait plus qu'un tout avec les dégénérescences caséeuse et graisseuse, qui n'en sont que les évolutions successives. Les trois zones concentriques sous lesquelles on l'observe d'une manière différente en sont la preuve. Le siége lui en paraît être plus souvent dans un tissu conjonctif inter-vésiculaire que dans l'épithélium. Mais en changeant si souvent d'opinion sur des questions de cette nature, M. Villemin prête le flanc à la cri-

tique en montrant qu'il n'y regarde pas de très-près avant de se prononcer. Son assimilation nouvelle des granulations de la morve et des gommes syphilitiques ne mérite donc d'être admise que sous bénéfice d'inventaire.

Adoptant l'unité morbide du tubercule, M. le professeur Sangalli (de Pavie) croit à sa nature inflammatoire, car l'hypérémie en est le premier effet. Il est autant le résultat de l'exsudation capillaire que de la prolifération cellulaire, comme il l'a démontré dans ses *Études anatomo-physio-pathologiques sur la tuberculose* par de nombreuses observations.

M. le professeur Crocq, de Bruxelles, se rallie entièrement à cette pathogénie. Des leucocytes, semblables à ceux du pus, produit de l'inflammation, constituent d'après lui la granulation grise dont l'évolution anatomo-physiologique démontre la nature inflammatoire.

Tout s'élève ainsi contre la spécificité de la granulation, et M. le professeur Lebert en montre encore mieux l'inanité en lui faisant produire, ainsi que M. Empis, des lésions toutes différentes par l'inoculation. Aussi M. Hérard, aidé même de M. Cornil, a-t il été impuissant à faire revenir les esprits vers la doctrine allemande, tout en faisant cette concession que la pneumonie caséeuse est synonyme de pneumonie tuberculeuse. Ce n'est pas synonymie seulement, dit M. Villemin, c'est identité.

En s'élevant aussi contre la distinction de la pneumonie caséeuse du tubercule proprement dit, ou de la granulation grise, M. Pidoux donne les raisons suivantes de leurs différences histologiques.

La diathèse tuberculeuse affectant la membrane muqueuse des bronches terminales et des vésicules pulmonaires, ne peut pas y reproduire exactement la granulation grise qu'elle produit quand elle agit sur le tissu conjonctif du poumon ou sur la plèvre. Dans ces derniers tissus, elle engendre des éléments qui sont leurs homologues dégénérés, savoir, des noyaux lymphatiques pourvus d'enveloppes ou de cellules pauvres, plus ou moins incomplètes et assez étroitement appliquées sur leur contenu; cellules très-pressées les unes contre les autres, pauvres aussi, par conséquent, de matière intercellulaire, etc. Mais la même diathèse se déterminant sur la membrane muqueuse des vésicules pulmonaires ne saurait s'y manifester d'emblée par la formation des mêmes produits que dans le tissu plasmatique. Une

membrane muqueuse n'est pas organisée de manière à donner naissance à des granulations tuberculeuses dont la vitalité soit identique avec des granulations qui se produisent dans le tissu fondamental de l'organisme. C'est aux dépens de la couche muqueuse sous-épithéliale, que sous l'influence d'une vive irritation diathésique de ce tissu et des vaisseaux capillaires afférents, s'opère la pullulation exagérée des éléments muqueux, puis la chute de l'épithélium et la rapide infiltration granulo-graisseuse de ses cellules si caduques, d'où résulte ce magna caséiforme qu'on veut séparer nosologiquement du tubercule, tandis qu'il ne s'en distingue que par des circonstances accessoires et la différence histologique de ses éléments d'origine.

Une fois que la granulation grise commence à devenir opaque et graisseuse, elle est indiscernable de la matière caséeuse. Celle-ci, dans la pneumonie de ce nom, est presque d'emblée ce que la première n'est qu'après une période dont la durée ne semble dépendre que de la forme, de la résistance vitale et de la consistance fibroïde des éléments dont elle provient et qui l'entourent. L'unité de nature ou l'unité tuberculeuse est donc évidente entre ces deux produits. Et, en effet, ce qui donne cette unité, c'est la diathèse. Or, ce qui représente la diathèse, c'est ce que tous les produits morbides ont de commun ; et ce qui donne la variété, c'est la différence des tissus aux dépens desquels se forme la production morbide.

D'ailleurs, on devrait se rappeler que Virchow, qui a fixé dans le tissu plasmatique le siége de la granulation tuberculeuse, regarde le tissu muqueux comme un des équivalents histologiques du tissu plasmatique. Or, dans les affections catarrho-tuberculeuses qui constituent la pneumonie caséeuse, c'est la couche superficielle ou sous-épithéliale de la membrane muqueuse des vésicules qui est affectée, et cette couche fournit des éléments tuberculeux plus chétifs et plus rapidement mortels que ceux du tissu plasmatique. Ces éléments peuvent dégénérer et devenir caséeux si vite, que leur période plasmatique soit insaisissable. Mais les cellules épithéliales pullulent et se détachent sous l'influence de cette irritation tuberculeuse qui les prive de tout aliment. Alors, du détritus de ce double élément, le muqueux et l'épithélial, se forme la matière qu'on nomme caséeuse. Il est très-probable, en effet, que cette matière n'est pas seulement le produit de la transformation graisseuse des cellules épithéliales, puisqu'on retrouve ces cellules dans

le magma caséeux, tandis qu'on ne retrouve pas les cellules et les petits noyaux de la granulation grise dans la matière caséeuse qui résulte de leur transformation graisseuse. Je suis donc autorisé à dire que le tissu muqueux, étant l'équivalent histologique du tissu plasmatique, peut se substituer à lui et le remplacer dans la tuberculose, et que la pneumonie caséeuse n'est qu'une pneumonie tuberculeuse modifiée par le tissu où elle prend naissance. Cela est d'autant plus probable, que la matière caséeuse se produisant sous l'influence d'une inflammation diathésique, sa transformation graisseuse doit être extrêmement rapide, et son état élémentaire et naissant, presque immédiatement détruit.

On ferait cesser ces distinctions arbitraires, trop anatomiques et trop extérieures, en désignant sous le nom de plasmo-tubercule le produit de la tuberculose du tissu plasmatique, et sous le nom de muco-tubercule le produit de la tuberculose de la membrane muqueuse des vésicules. Le mot caséeux disparaîtrait, et il ne faudrait pas le regretter, car il cause en ce moment une confusion fâcheuse dans la phthisiologie.

Il y a un caractère distinctif de la tuberculose que le pathologiste et le clinicien mettent au-dessus de tous ceux que peuvent fournir les formes anatomiques, c'est sa propriété d'ulcérer et de détruire tous les tissus qu'elle envahit, et de les amener à une suppuration particulière et à une infection, qui ressemblent beaucoup pour leurs effets généraux au *tabes* ou à l'infection purulente chronique. Or, la pneumonie caséeuse ulcère et détruit le poumon aussi bien, mieux peut-être, c'est-à-dire plus sûrement et plus vite que le tubercule granuleux. Ses symptômes et ses signes sont les mêmes. Il n'y a aucun moyen de discerner sûrement pendant la vie de la tuberculisation plasmatique ou granuleuse. Autoptiquement, la matière caséeuse, je l'ai déjà dit, se confond tout à fait avec la granulation grise devenue opaque et graisseuse; de sorte que tout concourt à déclarer leur communauté nosologique. (*Union méd.*)

Inoculation. Des expériences tendant à vérifier la découverte de M. Villemin se répètent en Angleterre. Dans la séance du 19 mars, M. Simon a soumis à la *Société pathologique* de Londres quelques spécimens des résultats obtenus sur des lapins. Sur 15 de ces animaux, 10 furent inoculés avec de la matière contenue dans le tubercule cru, dans cette granula-

tion jaune qui n'est plus même, comme la granulation demi-transparente, le tubercule proprement dit aux yeux de Virchow et de son école. Il a opéré comme avec le virus-vaccin en déposant une parcelle de cette matière sous la peau de ces animaux, et en les examinant cinq mois ensuite, tandis que ceux non inoculés se portaient bien, 6 des autres présentaient des tubercules pulmonaires. Les autres, réinoculés ensuite, ont offert une dissémination tuberculeuse plus considérable, les poumons restant toujours les plus affectés. L'expérience de M. Genaudet reste donc la seule exception à la loi de M. Louis, et c'est alors le cas de dire qu'elle confirme la règle.

Toutefois, voici qui vient compliquer ce problème. Au lieu de granulations semi-transparentes, ces inoculations ont donné lieu à des produits morbides qui ressemblaient plutôt à des tubercules crus. C'est pourquoi le docteur Clark, qui a aussi répété ces expériences avec succès, estime que les conclusions de M. Villemin ne doivent être acceptées que sous bénéfice d'inventaire. Procédant comme M. Villemin, il a inoculé sous la peau du cou des fragments de granulation semi-transparente et il a constaté, dans les poumons de ces animaux, des altérations semblables, à l'œil nu, à celles qu'il avait inoculées, mais en différant au microscope. Il leur a trouvé une structure essentiellement cellulaire, comme Virchow l'a trouvée chez l'homme, tandis que pour M. Clark, d'accord en cela avec M. Dawson, les granulations proprement dites de l'homme seraient toujours essentiellement nucléaires ou corpusculaires. De plus, ces prétendus tubercules du lapin seraient susceptibles de disparaître par résorption, ce qui n'arrive jamais pour ceux de l'homme, et enfin ils n'amènent pas à leur suite, comme ceux-ci, la pneumonie, la dégénérescence caséeuse ou graisseuse et d'autres altérations secondaires que la granulation grise amène presque fatalement. D'ailleurs, il a observé deux fois de ces granulations après avoir inoculé du pus ou du cancer. Voilà donc qui remet tout en question : à savoir si la granulation semi-transparente est seule le tubercule ou si les autres altérations s'inoculent de même. Quoi qu'il en soit, l'inoculation semble devoir être l'épreuve, le critérium de l'exactitude de la doctrine de Virchow à cet égard, et il se pourrait que les distinctions cliniques qu'il a établies de par le microscope ne tombassent devant l'inoculation.

Par une exception remarquable, les docteurs Verga et Biffi,

dans leurs expérimentations, n'ont pas réussi à inoculer les grenouilles, ni les poules, ni les chats; les lapins, au contraire, ont présenté les mêmes résultats qu'aux précédents observateurs. (*Istituto Lomb.* v. IV.)

Rapporteur des mémoires de M. Villemin à l'Académie de médecine, M. le professeur Colin d'Alfort a confirmé par de nouvelles expériences que les diverses formes de la tuberculose donnaient lieu aux mêmes productions morbides. Après des inoculations pratiquées sur des lapins avec de fines granulations miliaires, on trouva à l'autopsie leurs organes farcis de tubercules. Mêmes résultats sur des lapins inoculés avec de la matière caséeuse.

De la matière tuberculeuse dure prise sur un bœuf affecté de phthisie calcaire, et transportée sur un agneau, ne tarda pas à déterminer chez cet animal les phénomènes de la tuberculisation. L'autopsie confirma de tous points le diagnostic de phthisie qui avait été porté pendant la vie.

L'inoculation du tubercule jaunâtre en voie de métamorphose dite régressive, le dépôt d'une tranche d'une tumeur pleine de strongles sur un jeune bélier, ont également produit les lésions de la tuberculose.

Seule, la matière tout à fait crétacée, calcaire, n'a donné que des résultats négatifs. D'où l'on doit tirer cette conclusion : que le tubercule, à peu près sous toutes ses formes, peut engendrer la phthisie. Aussi M. Colin est-il porté à considérer ces divers produits comme des états successifs des âges d'un même processus pathologique, en dépit des idées de Virchow et de ses nombreux partisans, bien que la forme symptomatique soit souvent différente. Il montre que la matière tuberculeuse déposée sous la peau pénètre par les vaisseaux lymphatiques et les capillaires blessés, et qu'elle est ainsi transportée vers le cœur et les poumons. Les expériences le prouvent jusqu'à l'évidence. La marche est lente et plus longue que celle de 10 à 20 jours fixée par M. Villemin, le produit morbide détermine des adénites, des lymphangites. Ce temps d'incubation invoqué n'est que celui que met la matière tuberculeuse à parcourir les vaisseaux et les lymphatiques et dont la durée varie, du reste, suivant les animaux. Le plus souvent, les produits tuberculeux déterminent une inflammation qui se rencontre dans les poumons comme partout ailleurs.

Contrairement au jeune expérimentateur du Val-de-Grâce

concluant de ses inoculations à un principe général, spécifique et virulent du tubercule, le professeur d'Alfort conclut à un état local qui serait le principe et la cause effective de la génération subséquente de matière tuberculeuse. Et, se ralliant par là à M. Virchow et son école, il en fait ainsi un nouveau mode de pathogénie. La marche progressive de la tuberculisation de la plaie vers le poumon, dit-il, à travers une série de ganglions lymphatiques, la possibilité de déplacements de la matière tuberculeuse d'où qu'elle vienne et où qu'elle soit déposée, ne nous permettent-elles pas de supposer que dans les conditions ordinaires, certaines phthisies ont pour point de départ un tubercule perdu au sein de l'économie? Est-il improbable, par exemple, que des restes de tubercule déposés pendant le jeune âge dans les ganglions mésentériques, dans ceux du cou, dans le foie ou ailleurs, puissent, à un moment donné de la vie, devenir un foyer d'infection pour le poumon jusqu'alors demeuré sain? Est-il invraisemblable qu'une sorte d'inoculation de l'individu par lui-même, d'un organe par un autre organe, se produise si un tubercule quelconque en se ramollissant, vient à se faire entraîner dans le torrent de la circulation? (*Acad. de méd.* juillet.)

Appuyé sur ces inoculations et leurs résultats, M. Chauffard y trouve des différences radicales avec les inoculations virulentes. Celles-ci portent sur des liquides qui, au microscope ni à l'analyse chimique, n'offrent d'éléments figurés, ni de caractères propres. Aucun effet local direct n'en résulte d'ordinaire si ce n'est dans la racine, et les virus inoculés sont entraînés dans le mouvement général. Aussi les maladies succédant à ces inoculations sont-elles considérées comme générales, et cela sans que les théories de germination et de multiplication des graines ou des semences, ou celle des ferments morbides soient encore démontrées expérimentalement.

Au lieu de ce liquide simple, dépourvu d'éléments histologiques, c'est avec des éléments figurés pris en masse plus ou moins considérable introduits et maintenus à demeure au milieu du tissu cellulaire sous-cutané préalablement divisé et ouvrant ainsi les nombreuses bouches des vaisseaux absorbants pour l'absorption de la masse histologique. De là des accidents locaux, une production sur place de matière tuberculeuse, puis des accidents d'infection générale et l'apparition de la matière tuberculeuse dans les poumons, le foie, la rate, etc., etc.

M. Colin, en étudiant sur place l'évolution de l'inoculation, a constaté que la matière tuberculeuse est très-réfractaire à l'absorption. Il doute même qu'elle se reproduise sur place, car on en trouve d'autant plus après un certain temps que l'on en a déposé davantage et que les absorbants en ont moins pris. Elle peut même s'enkyster et demeurer là un temps fort long sans développer d'accidents généraux comme la fausse vaccine, avec cette différence énorme que le dépôt de la matière est évident là et ne l'est pas ici. Ordinairement, du foyer d'inoculation, il a vu des traînées rayonnantes par les lymphatiques gorgés de matières étrangères. Les ganglions où elles aboutissent s'engorgent bientôt et se remplissent de granulations tuberculeuses, d'autres ganglions en communication avec ceux-ci se prennent à leur tour, deviennent tuberculeux, et ainsi de suite. Lorsque, par exemple, l'inoculation a été faite au flanc, comme dans la plupart des expériences de M. Colin, le ganglion isolé de cette région, les précruraux, les sous-lombaires, les satellites de l'aorte et du canal thoracique sont successivement pénétrés de la matière inoculée. De plus, et ceci est très-significatif, les ganglions, en dehors de l'itinéraire suivi par le produit morbide, sont demeurés sains, et tous ceux du côté opposé à l'inoculation ont conservé leur état normal. Le système lymphatique s'est réellement partagé en deux moitiés par la ligne médiane : la moitié saine et la moitié malade, dans le domaine symétrique de la vie animale, sont demeurées parfaitement distinctes. Du système lymphatique, la matiere tuberculeuse gagne ensuite les centres organiques sans doute par la voie de la circulation. Cette matière, peu à peu jetée dans les veines, se dissémine et se dépose sur les organes que le sang traverse en abondance, et qui sont prédisposés à ces dépôts par leur structure, le poumon, le foie, la rate, les reins, dépôts secondaires ou ultimes qui se distinguent nettement, au moins par leur âge, de ceux que la matière tuberculeuse a laissés au début en divers point de son passage.

C'en est assez pour montrer que la tuberculose n'est pas contagieuse ni spécifique comme les maladies virulentes, et la preuve péremptoire, c'est que des productions qui lui sont étrangères, comme le pus, ont donné par l'inoculation des granulations grises demi-transparentes regardées comme le type du tubercule. Les effets locaux si bien observés et décrits par M. Colin confirment d'ailleurs cette différence.

Quant à la genèse, la multiplication des éléments tuberculeux au sein de l'organisme par suite de l'inoculation, M. Chauffard, repoussant une action catalytique, admet au contraire les principes de Virchow sur la vie de la cellule et la fécondation des tissus sains par les éléments morbides. La matière tuberculeuse, dit-il, insérée dans les tissus vivants et offerte à l'absorption, devient ainsi l'agent fécondant qui va solliciter le système lympathique, vaisseaux et ganglions, inciter ce système, surtout dans sa partie ganglionnaire, le féconder, le pousser à la prolifération d'éléments semblables, lesquels iront se multipliant de ganglion en ganglion, jusqu'à ce que la masse des humeurs, le sang en soit imprégné, et qu'une fécondation secondaire se transmette aux éléments du tissu connectif, si abondant dans les viscères de la vie nutritive, si disposé d'ailleurs à la prolifération, que M. Virchow a pu soutenir qu'il était l'origine de toutes les tumeurs néo-plastiques et proliférantes. C'est ainsi que la matière cancéreuse, la matière mélanique ont pu se reproduire, et que des éléments histologiques normaux, comme la matière pigmentaire inoculée par M. Goujon, s'est reproduite également. — Voy. Greffes.

Celle de la matière tuberculeuse est d'autant plus facile que c'est la néoplasie la plus pauvre en éléments histologiques, et que sa génération doit être abondante et aisée sans grands efforts pour se réaliser avec une néoplasie plus riche.

De là aussi son extrême facilité à passer de l'homme aux animaux et aux animaux les plus inférieurs. A mesure que les produits histologiques descendent l'échelle de l'organisation figurée, à mesure qu'ils se simplifient et se dépouillent de la complexité qui fait la richesse des éléments organisés, ils s'abaissent progressivement jusqu'à revêtir un type commun et uniforme, qui décèle de moins en moins l'espèce animale à laquelle ils appartiennent. Le tubercule est certainement au dernier rang des éléments histologiques. C'est à se demander s'il retient rien du type animal qui l'engendre; si, pris sur l'homme, sur le singe, sur le chien ou sur le lapin, il conserve quelque caractère intime qui le différencie d'après l'être auquel on l'emprunte. Il semble un produit ultime, une dégradation dernière de l'être, et telle que l'empreinte créatrice spéciale y est définitivement effacée. Un pareil produit inoculé n'est-il pas identique avec lui-même, d'où qu'il provienne, et peut-il rencontrer devant lui une résistance tenant au type de l'être qui le

reçoit? De là les inoculations fécondes de M. Collin sur les espèces d'animaux les plus divers : les rongeurs, les ruminants, les carnassiers, en prenant indifféremment du tubercule aux uns ou aux autres.

Enfin l'analogie, sinon l'identité histologique du tubercule avec le tissu lymphatique, ganglionnaire, c'est-à-dire de l'élément fécondant avec le tissu à féconder, rend encore la fécondation plus aisée. De simples injections irritantes ont ainsi pu produire le développement de granulations turberculeuses en apparence. Tout ce qui peut pousser à la prolifération des éléments lymphatiques donnant un produit que rien ne distingue de la prolifération tuberculeuse. D'où M. Chauffard conclut à la non existence du virus tuberculeux et à l'impossibilité d'une phthisie par auto-inoculation, théorie émise par le rapporteur. L'inoculation amène tout simplement un travail local de prolifération tuberculeuse, et comme fait secondaire, une dissémination de tubercules sur les organes internes.

M. Rufz croit que les lapins tenus en captivité, renfermés dans des lieux humides, obscurs, mal nourris, sur lesquels on a expérimenté ne peuvent encore que faciliter l'inoculation de la tuberculose, car ces animaux y succombent spontanément très-souvent. Il faudrait donc la comparer sur des animaux en liberté et de bonnes conditions pour arriver à une conclusion rigoureuse. Si l'inoculation tuberculeuse était si facile, elle se serait produite infailliblement chez des étudiants qui se font des piqûres anatomiques, à voir le grand nombre de phthisiques qui servent dans les amphithéâtres de dissection. (*Acad. de méd.*, octobre.)

C'est principalement sur la pathogénie de la tuberculose que M. Villemin, confiant dans ses inoculations de l'homme aux lapins, fait toujours venir du dehors, de causes externes, spécifiques, comme les affections virulentes, spécifiques et contagieuses, que M. Pidoux l'a attaqué. S'il en était ainsi, dit-il, les cliniciens eussent été les premiers à s'en apercevoir par les progrès d'une observation rigoureuse comme pour les autres affections spécifiques, virulentes et contagieuses : la syphilis, la variole, la morve, la rougeole, la scarlatine, tandis que cette idée de la contagiosité a été sans cesse en diminuant de leur part au point de ne plus susciter que le doute et l'incrédulité dans les esprits. Et au lieu que cette croyance soit venue des médecins aux expérimentateurs comme c'était logique et natu-

rel, c'est le contraire. D'ailleurs l'inoculation du tubercule de l'homme aux animaux ne saurait rien prouver à l'encontre de l'expérience clinique, à moins d'admettre *à priori*, la doctrine toute hypothétique de M. Villemin favorable à cette contagiosité qui dépouille l'organisme et ses éléments de toute intussusception, de toute autonomie, et rend même le sang passif, n'en faisant que le véhicule des agents morbifiques venus du dehors; *toute réaction vitale d'ordre pathologique*, dit-il, *a sa cause en dehors des éléments anatomiques qui la traduisent.* Doctrine nosologique en rapport avec la panspermie de M. Pasteur, faisant flotter dans les nuages les germes de la tuberculose et de toutes les maladies zymotiques.

M. Pidoux s'élève énergiquement contre cette doctrine. L'hétérogénie lui semble bien plus vraie et réelle en pathologie, car les maladies ne sont que cela. Seulement au lieu d'être ascendante et progressive comme en histoire naturelle, elle est descendante et rétrograde ici comme la tuberculose en offre surtout l'exemple. Bien que les tissus morbides soient formés des mêmes éléments que les tissus normaux, le nombre, le temps, le lieu, et surtout la vitalité et l'évolution en sont changés, déviés, transformés. De là hétérogénie véritable dont le tubercule est une des plus banales, et par conséquent des moins spécifiques; car tandis que les maladies spécifiques ne naissent que d'elles-mêmes, le tubercule naît de tout; les causes externes les plus diverses et les plus opposées le déterminent : tout lui est occasion quand l'organisme est entouré des agents de l'hygiène, c'est-à-dire des excitations suffisantes ou insuffisantes, régulières ou irrégulières, favorables ou nuisibles, saines ou malsaines. Preuve qu'il en émane et qu'il est un produit de l'altérabilité propre et spontanée de ses éléments, car la spontanéité n'exclut pas l'intervention des causes occasionnelles. Elles servent même à sa manifestation, c'est dire qu'il n'y a pas de spontanéité absolue, et que celle-ci n'est que relative.

Les maladies spécifiques, les virus, les contages ne font ainsi que revenir du dehors, car ils se sont formés primitivement au sein de l'organisme. La semence pathogénique de la tuberculose, alors même qu'elle serait assimilée à celle de la syphilis et de la variole, n'en serait pas moins une hétérogénie procédant de l'organisme; autrement toute étiologie, toute prophylaxie, tout progrès sont supprimés.

La tuberculose est l'altération constitutionnelle, l'hétéroplasie propre et organique de l'appareil fondamental de la nutrition, qui est l'appareil lymphatique. Elle le frappe à sa base, qui est le tissu conjonctif où le système des vaisseaux blancs prend racine. Si la scrofule, la syphilis, la morve, en sont les altérations ou des hétérogénies spéciales et spécifiques, la tuberculose en est la plus commune. Dès que ce tissu nourricier conçoit et éprouve le *stimulus d'imperfection* de Hunter, des proliférations surnuméraires, imparfaites, chétives, en naissent pour mourir aussitôt comme le tubercule. Cette cellule avortée, ce produit nécrobiotique s'assimile bientôt tout l'organisme qu'il épuise directement. C'est donc là une maladie organique et diathésique par excellence, ce qui la différencie essentiellement des maladies virulentes, spécifiques et contagieuses. La syphilis en effet, à mesure qu'elle s'éloigne de son origine et devient diathésique, perd son caractère et cesse d'être spécifique et virulente. Jamais une affection diathésique ne se résume ainsi dans un virus ou contage, diathèse et virus semblent s'exclure.

Contrairement au virus et contage, rien n'est moins vivant et ne concentre moins d'action morbide que le tubercule placé au bas de l'échelle des hétéroplasies ; il pullule comme les organismes inférieurs, meurt et infecte comme les produits de décomposition, sur place et par masse comme le pus commun, incapable comme lui de fournir des contages et de se propager à distance. Comme le processus gangréneux et le pus, dès qu'il est formé et a atteint l'état de granulation grise demi-transparente, le tubercule rétrograde et meurt, autrement il reste latent, inerte et presque innocent. Le tubercule muqueux, jaune et opaque presque d'emblée, est encore plus caractéristique de cette nécrobiosie diamétralement contraire aux virus.

Mais la différence du pus au tubercule avec lequel on l'a assimilé, c'est que le premier peut devenir et devient souvent virulent ; le tubercule, jamais. La cause de cette différence, selon M. Pidoux, c'est que le pus est un produit du sang, un sérum dont certaines parties, organisables et coagulables, peuvent concevoir les propriétés d'un virus comme celles du sang lui-même. Le contraire est de la composition du tubercule, incapable de revêtir la virulence ou la spécificité d'action morbide. Des éléments infimes, communs, rudimentaires comme le tubercule, ne sauraient s'imprégner de propriétés spécifiques et virulentes. Son analogie histologique avec la matière des gommes

syphilitiques et des granulations morvo-farcineuses a seule trompé M. Villemin, qui en a conclu à l'identité de virulence et de contagion. Mais outre que la ressemblance n'est qu'anatomique, elle vient contredire cette conclusion ; car, lorsque la syphilis arrive à produire des tumeurs gommeuses, formées exclusivement d'éléments lymphoïdes très-susceptibles de dégénérescence caséiforme, elle a perdu sa spécificité ainsi que sa virulence et n'est plus inoculable. Et de même des produits de la morve-farcin tuberculiforme, qui est bien différente du jetage, matière essentiellement virulente ; tandis que la première ne donne lieu qu'à des lymphangites de voisinage, d'aspect bosselé et noueux s'étendant jusqu'aux ganglions du point inoculé pour y produire des abcès comme l'a observé M. Colin, en répétant les inoculations de M. Villemin. Ce rapprochement est donc forcé et prouve tout le contraire des inductions qu'en a tirées l'auteur.

L'idée que les virus sont essentiellement distincts d'une matière organique commune l'a encore induit en erreur sur la virulence de la tuberculose. L'inoculation du tubercule, pour lui, « n'agit pas par la matière visible et palpable, qui entre dans ce produit pathologique, mais en vertu d'un agent plus subtil qui s'y trouve contenu et qui échappe à nos sens ». Or c'est là une conception naïve et grossière digne du moyen âge. Au contraire, le virus n'échappe pas aux sens. C'est une matière particulière, un sérum *sui generis*, visible et tangible, qui, sans différer anatomiquement d'un autre sérum non virulent, a une autre constitution isomérique, de même que le pus et le sang virulent. Si les miasmes et les contages, corps impondérables et disséminant pourtant certaines maladies spécifiques et virulentes, semblent favorables à cette doctrine d'un principe particulier, seul virulent, ajouté à la matière, c'est parce que ces miasmes n'ont pu être analysés encore, mais le seront bien certainement un jour.

Voilà jusqu'où entraîne un système fait après coup. Des expériences sur les animaux vous donnent tel ou tel résultat, et au lieu de les contrôler par l'expérience clinique et par toutes les données de la phthisiologie humaine, on échafaude sur elles du jour au lendemain un système général renversant toutes les notions acquises. L'hérédité, la diathèse, la constitution, les conditions hygiéniques ne sont plus rien ; tout est sur la lame d'une lancette chargée de virus tuberculeux impossible. (*Acad. de méd.*, décembre.)

Tout en renversant la doctrine formulée par M. Villemin dans ses *Recherches sur la nature et la cause de la tuberculose*, cette magnifique dissertation de pathologie générale n'explique pas ce grand fait de l'inoculation du tubercule et ne dit pas un mot de ce qu'il faut y voir. C'est une lacune regrettable.

M. Piorry nie absolument la spécificité du tubercule et tout en rendant hommage aux expérimentateurs, leurs résultats lui semblent avoir une complète analogie avec ceux de l'inoculation spontanée ou provoquée du pus; il n'y voit aucune différence. La raison en est pour lui que la matière tuberculeuse n'est autre chose que du pus qui a subi, par suite de son séjour dans les organes, des modifications nombreuses et variées. Le pus comme le sérum et le sang, qui ne s'organisent pas, déposés dans les cavités, dans le tissu conjonctif et les cellules pulmonaires en dehors des bronches, peuvent devenir des corps étrangers, former des granulations grisâtres, provoquer des sécrétions de produits purulents susceptibles aussi de revêtir la forme tuberculeuse ou phymique. (*Acad. de méd.*)

Revenir sur cette identité du tubercule avec le pus, c'est nier implicitement le caractère tuberculeux aux produits de l'inoculation, car si les caractères physiques ont de l'analogie, leurs effets ont trop de différence pour les confondre. Il reste donc à déterminer les différences caractéristiques de ces productions tuberculeuses avec le pus.

C'est à quoi tendent les nouvelles expérimentations de M. Feltz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. N'ayant pas réussi dans ses inoculations sur des lapins suivant le mode usité, il a injecté dans la jugulaire de ces animaux une solution de matière tuberculeuse, de la poussière de cancer, de fibrine, de pus, et il a trouvé que les productions pathologiques en résultant n'étaient pas du tubercule à proprement parler, mais des infarctus ou des abcès ayant pour point de départ des embolies capillaires ou formées sur place par l'inflammation de la plaie ou la rupture des capillaires. (*Gaz. de méd. de Strasb.*)

Si en se vérifiant, ces faits se confirment, il ne s'agira donc plus de discuter la contagiosité du tubercule, puisque celui-ci ne se reproduirait pas. Mais il semble bien difficile d'admettre que des micrographes aussi distingués que MM. Villemin, Hérard, Cornil et Lebert aient pris pour tel ce qui n'en est pas.

Globules du sang dans la tuberculose. Loin de rencontrer l'anémie habituelle, comme dans les expériences d'Andral et Gavarret, le docteur Rovida déclare que, sur 17 cas dans lesquels il a employé le globulimètre du professeur Mantegazza pour vérifier ce fait, il n'a rencontré l'anémie que très-rarement et à un degré léger, et encore aurait-on dû l'attribuer à la mauvaise nourriture, à la médication débilitante plutôt qu'à la présence des tubercules.

M. Rovida émet cette opinion que, dans les maladies qui mettent obstacle au libre fonctionnement des poumons, et parmi lesquelles il faut ranger, outre la tuberculose pulmonaire, la pneumonie, la pleurésie exsudative, l'emphysème, etc , la coloration du sang est rendue plus intense par l'excès de carbonisation. Les globules rouges augmentent en nombre, et, à cause de la diminution de l'oxygène qui entre dans l'organisme, l'oxydation doit aussi être ralentie et aussi la destruction des globules. Cette assertion est appuyée sur quelques expériences pratiquées sur des grenouilles auxquelles on avait enlevé un poumon et dont le sang devint, quelques jours après, plus riche en globules rouges. (*Rivista clin. di Bologna.*)

Della tubercolosi e de suoi rapporti colla scrofola e colla infiammazione (De la tuberculose et de ses rapports avec la scrofule et l'inflammation). — Étude anatomo-physio-pathologique par le professeur Sangalli, un volume in-8° de 282 p. avec 5 planches. Pavie, 1866, Milan. Publié simultanément avec l'ouvrage de MM. Hérard et Cornil, celui-ci s'en rapproche par le titre, mais s'en éloigne beaucoup par l'interprétation. Ici, l'inflammation est considérée comme la cause, là comme effet. Reste à décider de ces deux interprétations qu'elle est la vraie.

Études sur la tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité par Villemin. Un gros volume in-8. Paris.

Tuberculose pulmonaire. Dénomination souvent impropre, inexacte, suivant l'école allemande, quand elle s'applique à la phthisie des poumons en ce que celle-ci résulte souvent de la transformation caséeuse, d'indurations pulmonaires consécutives à la bronchite, la pneumonie et autres

phlegmasies, d'anciens noyaux cancéreux des glandes lymphatiques tuméfiées par hyperplasie cellulaire, des infarctus hémorrhagiques, des dépôts de pus enkystés susceptibles de la subir de même que le tubercule et de donner lieu aux mêmes signes et au même résultat : la mort. Elle ne doit donc s'appliquer qu'au tubercule lui-même ou à la granulation miliaire granulée de M. Empis qui en est le point de départ. Il s'agit de les distinguer cliniquement, car ce n'est guère qu'à l'amphithéâtre ou au foyer du microscope que les différences des caractères en ont été saisis et décrits. Aussi les jeunes cliniciens ont-ils là un vaste champ à exploiter. Les premiers jalons de ces différences cliniques se trouvent dans les *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique* du professeur Niemeyer, traduction française, et les *Etudes sur la phthisie pulmonaire*, de MM. Hérard et Cornil, Paris, 1865-66, librairie *Germer Baillière.*

Un résumé très-lucide de cette distinction a été fait aussi par M. le docteur A. Fabre, de Marseille. Trouvant dans la séparation que la jeune école micrographique fait de la granulation grise d'avec les autres lésions pulmonaires confondues sous le nom générique de phthisie une confirmation éclatante de la vérité de cette distinction, déjà faite par Bayle, il est d'avis de l'étudier à part et d'en consacrer définitivement la spécificité en lui donnant le nom spécial de granulie, sous lequel M. Empis la désigne. (Voy. *Années* 1864 et 1865.)

Eviter toute équivoque est le motif qu'il en donne (*Bulletin de la Société de méd. de Marseille*, n° 2); motif spécieux, puisque celui de tuberculisation lui est spécialement consacré, tandis que les autres lésions ont leurs noms propres de pneumonie caséeuse, d'hépatisation jaune, etc., etc. Outre qu'en changeant de nom, ce serait enlever à la tuberculose son fondement originel, sa base anatomique, ce serait retomber dans la confusion, puisqu'il y a plusieurs espèces de granulations qui n'aboutissent pas à la tuberculisation ni à la régression graisseuse.

TUMEURS. *On the electrolytic treatement of tumours and other surgical diseases* (Traitement électrolytique des tumeurs et d'autres affections chirurgicales), par le docteur Althaus, brochure de 31 p. in-8°, Londres. Exposé de cette nouvelle méthode dont l'initiative appartient au célèbre Ciniselli, chirurgien de Crémone.

Tumeurs blanches. *Étude sur les tumeurs blanches* (physiologie pathologique, histologie, thérapeutique), par le docteur A. Paquet, interne des hôpitaux de Paris et lauréat de la Faculté. 71 p. in-8° avec figures dans le texte, librairie *Germer Baillière*. Tableau méthodique d'après les meilleurs auteurs des altérations anatomiques, d'après leurs évolutions successives dans les deux périodes distinctes qui les caractérisent ainsi que des signes cliniques qui leur correspondent et des moyens thérapeutiques qu'il convient d'y opposer. Trois chapitres composent ainsi cette monographie avec 13 observations à l'appui. Or, n'eût-il pas été plus conforme à la clinique, au lieu de cette division, de réunir et de placer en regard les uns des autres, signes, lésions, traitement et observations de l'une et de l'autre période séparément? Ne doit-on pas toujours suivre de préférence l'ordre adopté par l'observation? Or, ce ne sont pas les lésions, les altérations pathologiques qui se montrent les premières, mais les signes cliniques, et il était logique de leur donner la première place dans ce tableau.

Tumeur lacrymale. *Traitement médical.* Des nombreuses et diverses modifications sans cesse apportées au traitement de cette maladie, celle de M. le docteur Delpeuch mérite particulièrement d'être signalée par sa simplicité. Il s'agit de presser chaque matin avec le doigt sur la tumeur, de la vider complétement et avec un linge, de nettoyer l'angle de l'œil du mucopus qui y est répandu. Cela fait, on laisse tomber au même endroit une pincée d'iodure de potassium en poudre impalpable qui, dissous aussitôt dans les larmes qu'il provoque, s'introduit, s'infiltre pour ainsi dire, du moins en partie, par les points lacrymaux dans la poche qui vient d'être vidée. En pressant doucement dessus après deux à trois minutes, le liquide ioduré est mis en contact avec les parois internes, puis on applique dessus trois à quatre couches de collodion pour en favoriser le retrait graduel. On renouvelle deux à trois fois par jour jusqu'à guérison. Employée dans deux cas, cette médication toute simple suffit à amener une guérison radicale. (*Union méd.* n° 150, 1866.) Elle se rapproche beaucoup de l'injection de la teinture d'iode vantée par le docteur Lacaze (voy. *Année* 1864), dont elle n'est qu'une simplification.

Tumeurs du sein. DIAGNOSTIC. Dans ses intéressantes

leçons cliniques sur ce sujet faites à l'hôpital Guy de Londres, M. Bryant établit statistiquement les données puissantes que l'âge des malades fournit pour la solution du problème de la nature de la tumeur. Sur 54 cas de tumeurs adénoïdes observés récemment, plus de la moitié des malades étaient au-dessous de vingt-quatre ans, tandis que sur 222 cas de cancer, au contraire, pas un ne se montra sur un malade si jeune. En voici la statistique :

	Tumeurs adénoïdes.	Tumeurs cancéreuses.
Au-dessous de 32 ans.....	61 p. 100.	12 p. 100.
Au-dessus de 32 ans.....	35 —	86

(*British med. journ.*, octobre.)

L'âge est ainsi un moyen d'une grande valeur pour décider si une tumeur du sein est bénigne ou maligne, bien qu'il y ait toujours des exceptions qui viennent mettre ce moyen en défaut, mais d'ailleurs il y a des kystes, des abcès du sein qui ne suivent pas cette loi.

Tumeurs périnéales des nouveau-nés. M. le professeur Depaul a vu quatre exemples de ce genre ; deux fois avant l'usage courant du microscope, et sur la déclaration de M. Cruveilhier, elles furent considérées comme des cancers. En 1863 et 1864, deux de ces tumeurs, analogues aux premières, examinées au microscope par M. Ch. Robin, furent reconnues composées de myélocytes ; mais une cinquième, plus volumineuse que la tête de l'enfant et ayant été un grand obstacle à l'accouchement, souple, élastique, non fluctuante et semblable aux précédentes, n'a donné à l'examen microscopique que du tissu embryoplastique ; ce qui constitue un fait unique d'après M. Robin.

MM. Tarnier et Giraldès sont disposés à caractériser ces tumeurs de spina bifida. C'est ainsi qu'à l'hôpital Saint-Georges une tumeur kystique, appendue à la pointe du sacrum, fut trouvée à l'autopsie en communication avec l'intérieur du canal rachidien. On comprend que, si à une époque de la vie intra-utérine se produit une hydropisie de la gaîne séreuse intra-rachidienne, le liquide, s'accumulant à l'extrémité inférieure de cette gaîne, la fait saillir à travers l'ouverture de la pointe du sacrum ; la présence de cette tumeur arrête le développement complet de la pointe du sacrum, et il en résulte un véritable spina bifida. Dans certains cas, d'après M. Giraldès, la

solution de continuité du canal rachidien, à travers laquelle la tumeur fait hernie, peut s'oblitérer de manière que la communication de cette tumeur avec le canal rachidien disparaisse. Il ne reste que la tumeur qui a eu pour origine un spina bifida. L'absence de spina bifida à la partie tout à fait inférieure du canal sacré ne semble donc pas démontrée. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Tumeur ilio-crurale. A la liste déjà si longue des tumeurs de l'aine, M. Herrgott ajoute le cas suivant, qui en présente une espèce nouvelle. Il l'a constatée chez un commissionnaire de quarante-six ans, entré le 13 novembre 1865 à l'hôpital de Strasbourg, salle 101, n° 35, pour une tuberculisation chronique avec douleurs vives et surtout nocturnes dans tout le membre abdominal gauche, que toute la série des calmants *intus* et *extra* ne peut faire cesser. Névralgiques en apparence, ces douleurs doivent être rapportées à une autre cause, car au mois de février, après un examen minutieux, on constate dans l'aine gauche une tumeur grosse comme une noisette, située en dehors de l'artère crurale, qui bat sous le doigt. On y sent une fluctuation obscure. Des frictions résolutives et fondantes n'en diminuent ni la douleur ni l'accroissement, et le 4 mars, elle est grosse comme un œuf de poule, avec fluctuation manifeste. Rien dans la région dorso-lombaire ne peut faire soupçonner un abcès migrateur, mais le membre est si douloureux dans sa totalité que l'on peut à peine l'examiner.

Si le diagnostic était incertain et obscur, l'indication précise de l'expectation en raison de l'état général désespéré ne commandait pas de l'éclaircir. Un accès de suffocation, en amenant la mort le 19 mars, vint lever tous les doutes par l'autopsie, aussi bien quant aux lésions pulmonaires que celles de l'articulation coxo-fémorale, dont voici les détails :

Œdème assez considérable des malléoles. Gonflement très-appréciable dans l'aine de forme ovale, à long diamètre vertical, s'étendant vers l'abdomen avec fluctuation. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose d'enveloppe enlevés, on aperçoit une poche fibreuse tendue, fluctuante, située entre le pectiné en dedans et le psoas et l'iliaque au dehors, s'étendant au dessous de l'arcade crurale ; son grand diamètre mesure 12 centimètres environ ; son petit diamètre, 6 à 7 centimètres ; elle rejette en dehors le psoas et l'iliaque légèrement déviés

de leur direction normale, ainsi que le couturier. La gaîne des vaisseaux est, au contraire, déviée en dedans. Directement au devant de la tumeur, dans la direction du grand axe de celle-ci, passe le nerf crural, étalé sur une largeur de 2 centimètres, et fortement soulevé et distendu par elle, comme sont soulevées les cordes d'un violon par le chevalet de l'instrument. La tumeur se prolonge en haut, en s'amincissant jusque vers la symphyse sacro-iliaque ; elle se prolonge au bas, dans la profondeur de la racine de la cuisse, vers l'articulation coxo-fémorale, qu'elle semble contourner pour se diriger vers le petit trochanter. Après l'avoir détachée de ses adhérences supérieures pour la disséquer vers la partie inférieure, où ses adhérences sont le plus solides, on l'ouvre, et nous nous trouvons en plein dans l'articulation fémorale, distendue par une synovie trouble. En poursuivant plus exactement l'examen de cette tumeur, qui se présentait avec des caractères de plus en plus rares, nous constatons que la tumeur était formée par la bourse muqueuse iliaque, largement en communication avec la capsule de l'articulation coxo-fémorale, qu'elle s'étend au bas jusque vers le petit trochanter, où elle forme un cul-de-sac, en haut, vers la fosse iliaque, où elle se termine en doigt de gant, et qu'à sa partie moyenne et inférieure elle est en relation large avec l'article.

La tête fémorale est légèrement érodée ; le ligament rond est diminué d'épaisseur ; le cartilage d'encroûtement a en partie disparu dans la cavité cotyloïde ; les os sont rouges et ramollis.

La filiation des accidents s'explique donc ici par une affection pulmonaire, qui devait fatalement conduire le malade à la mort, modifiée dans sa marche par une albuminurie intercurrente, cause peut-être de l'œdème aigu du poumon, qui a entraîné une mort rapide. Quant à la cuisse, il y a eu : hydarthrose coxo-fémorale consécutive à une altération des éléments articulaires, communication anormale de la capsule articulaire avec la bourse muqueuse iliaque, distension de celle-ci, tumeur soulevant et tiraillant le nerf crural, de là les douleurs si vives. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, décembre 1866.)

Tumeurs pendantes. Comme moyen d'appliquer l'anesthésie locale, prévenir la douleur et la perte de sang autant que l'action de l'air sur la plaie, un nouveau mode de suture est

proposé par le docteur B. Richardson pour l'ablation de ces tumeurs externes, superficielles, pédiculées et pendantes, qui s'observent sur la surface cutanée. Saisissant la tumeur des deux mains, un aide l'attire à lui de manière à en rendre le pédicule aussi long et mince que possible. Un jet d'éther pulvérisé est dirigé des deux côtés du pédicule jusqu'à l'insensibilité; alors, le chirurgien, armé d'une aiguille droite à suture avec un fil métallique, — soit courte et tenue avec le pouce et l'index s'il ne s'agit que d'un pédicule étroit, soit longue et montée sur un manche dans le cas contraire, — traverse la peau comme à points passés du pédicule, en commençant immédiatement au-dessous de la tumeur, et continue du côté opposé en s'abaissant un peu de manière à pouvoir continuer ainsi et intéresser toute la hauteur du pédicule qui se trouve solidement fixé par le fil métallique. Le jet d'éther étant renouvelé sur la partie supérieure du pédicule, il ne s'agit plus que d'un coup de bistouri ou de ciseaux pour abattre la tumeur sans douleur ni émission de sang, les vaisseaux étant comprimés, serrés d'avance par la suture du pédicule. Les lèvres sont ensuite simplement réunies. (*Med. Times*, janvier.)

On ne voit guère les avantages de ce procédé que pour les pédicules volumineux, vasculaires, et dont on a à redouter l'hémorrhagie. Selon l'auteur, au contraire, la plaie est ainsi rendue virtuellement sous-cutanée, la peau du pédicule étant réunie, en effet, par la suture avant que l'incison soit faite, et l'action de l'air sur la surface traumatique étant ainsi prévenue. Mais ce ne sont là évidemment que des assertions sans fondement; l'écraseur, bien mieux que ce mode de *sous-suture*, assure ces avantages avec plus de sécurité, de simplicité et de facilité, conditions principales de toute opération.

TYMPAN. *Végétaux parasites.* Du 25 novembre 1864 au 25 mai 1867, M. Robert Wreden a eu l'occasion d'observer le développement de deux nouvelles formes de champignons (genre *Aspergillus*) sur la membrane du tympan de dix personnes, dont quatre atteintes des deux côtés. Ayant eu maintes fois la possibilité de surveiller et d'étudier le développement de ces parasites depuis leur début jusqu'à leur extinction définitive, il affirme que cette végétation parasitaire existait indépendamment de toute autre maladie, et constituait une affection particulière et très-opiniâtre de l'oreille, accompagnée d'un

grand dérangement de fonctions et de souffrances multiples.

Ces deux espèces de champignons auriculaires présentaient tous les caractères botaniques principaux de l'*Aspergillus glaucus*, Lk ; cependant elles en diffèrent par la coloration de leurs organes de fructification, ce qui l'a porté à dénommer l'une d'elles *Aspergillus flavescens*, et l'autre *Aspergillus nigricans*.

Non-seulement le microscope, mais l'œil nu permet de constater l'existence d'une pseudo-membrane parasitaire de l'oreille, et de décider d'avance si elle est produite par une végétation de ces parasites. Dans les deux cas, la membrane parasitaire, extraite en entier, porte l'empreinte très-reconnaissable de la membrane du tympan et consiste en un tissu feutré, lardacé, blanc et luisant, facile à déchirer et à éparpiller, couvert en plusieurs endroits de taches (spores), jaune brunâtre (*A. flavescens*) ou parfaitement noires (*A. nigricans*). Ces agglomérations de spores forment souvent sur la surface blanche appliquée à la membrane du tympan, un espace annulaire noir de 1 à 2 millimètres de largeur, correspondant à la périphérie du tympan. En général, la disposition des couches dans chaque pseudo-membrane parasitaire de l'oreille prouve que le parasite croît de dehors en dedans, c'est-à-dire tend à s'enfoncer dans le tissu de la membrane du tympan.

La végétation de l'*Aspergillus* dans l'oreille humaine constituant une maladie très-opiniâtre et réclamant l'emploi des parasiticides très-efficaces, M. Wreden a étudié l'action microchimique de divers agents sur l'*Aspergillus*... Ces essais l'ont conduit à reconnaître que :

1° Les meilleurs parasiticides sont l'hypochlorite de chaux et l'arsénite de potasse dont les solutions, même très-diluées, détruisent rapidement et entièrement les cellules de l'*Aspergillus* ;

2° L'acide phénylique et l'acide tannique viennent après les chlorures et l'arsenic, dont ils n'ont pas l'action destructive. Ils déterminent en premier lieu la coagulation du proto-plasma et consécutivement une sorte de momification très-remarquable de tout le végétal ;

3° Le sublimé et le nitrate d'argent ne détruisent l'*Aspergillus* qu'en solutions très-concentrées, qui ne pourraient être employées sur l'homme vivant ;

4° Les solutions des sels de fer, cuivre et plomb n'ont aucune influence appréciable sur l'*Aspergillus*, dont les filaments fer-

tiles sont assez résistants pour n'être pas altérés par un séjour prolongé dans la teinture d'iode pure ;

5° L'alcool, recommandé par MM. Kuchenmeister et Hallier comme le meilleur parasiticide, agit sur l'*Aspergillus* végétant dans l'oreille d'une manière très-incertaine et douteuse, de même que son action sur l'*Aspergillus*, détaché de l'oreille, est presque nulle (légère décoloration). (*Acad. des sc.*, août.) — Voy. Trocart.

TYPHUS. Typhus à rechutes. M. le docteur J. Arnould traduit ainsi en français la *Relapsing fever* des Anglais dont il a observé une épidémie au mois de janvier 1867 sur des détenus du pénitencier d'Aïn-el-Bey, près de Constantine (Algérie). Les symptômes sont les mêmes que ceux de la fièvre récurrente observée il y a deux ans à Saint-Pétersbourg (voy. Epidémies, *Année* 1865). Il suffit donc de citer ici la relation très-étendue qu'il en donne avec observations à l'appui. (*Arch. de méd.*, juin et juillet.)

U

URÉMIE. Elle constituerait, suivant le docteur Schivardi, la deuxième période de la rage, quand celle-ci est traitée par l'électricité. Voy. Rage.

Urémie dyspnéique. Symptomatologie. Cette forme rare, et qui peut en imposer au praticien pour des accidents pulmonaires, s'est montrée à M. Hérard sur un malade de trente-sept ans, admis à l'hôpital Lariboisière. Adonné aux liqueurs fortes, il avait vu sa santé se déranger depuis quatre ou cinq ans, son caractère était devenu d'une irritabilité extrême, une céphalalgie intense et continue occupant un côté ou l'autre de la tête, parfois toute la région frontale. Un sentiment insolite d'oppression se manifestait en outre à certains moments sans cause appréciable, en dehors de tout mouvement, de toute fatigue; bientôt apparaissaient des vomissements rares et alimentaires au début, plus tard fréquents et bilieux, une certaine difficulté à s'exprimer et une grande faiblesse dans les membres.

A l'entrée, il est pâle et sans fièvre, maigreur notable.

Inappétence prononcée pour les aliments, enduit blanc jaunâtre de la langue avec teinte subictérique des sclérotiques, nausées, vomissements bilieux, fréquents et pénibles, constipation, oppression marquée, sans toux, ni expectoration. L'examen ne révèle aucune affection des poumons ni du cœur. Céphalalgie frontale et hallucinations de la vue ; intelligence parfaitement saine.

Quoiqu'il n'y eût aucun œdème ni à la face, ni aux membres, l'examen des urines ayant révélé une grande quantité d'albumine, la possibilité d'accidents urémiques se présenta à l'esprit.

L'état du malade resta stationnaire quelques jours, puis tout à coup éclata un délire d'abord nocturne et tranquille, puis bientôt continu et violent, avec agitation de tout le corps, embarras de plus en plus prononcé de la parole, pupilles fortement contractées, pouls petit, fréquent, sans chaleur de peau, anhélation extrême, langue sèche recouverte d'un enduit brunâtre, constipation persistante, ventre souple, sans taches lenticulaires, diminution des urines et rétention. Dans les derniers jours, agitation alternant avec l'assoupissement, carphologie, soubresauts de tendons, congestions oculaires, langue et lèvres tout à fait sèches et fuligineuses, urines rares, fortement albumineuses. Jamais d'œdème. Le phénomène le plus remarquable fut la fréquence de la respiration. A certains moments, il y avait jusqu'à 70 respirations par minute ; puis brusquement le chiffre s'abaissait pour s'élever de nouveau quelques instants après. Le pouls augmenta de fréquence, sans chaleur de peau, excepté pendant l'agitation, auquel cas elle se couvrait de sueur. Mort au quinzième jour après l'entrée à l'hôpital.

L'autopsie permit de constater l'absence de toute lésion dans les deux poumons, le cœur et le tube digestif. Les plaques de Peyer et les follicules isolés de l'intestin étaient sains. Le cerveau était pâle et contenait un peu de sérosité dans les ventricules. La protubérance annulaire offrait çà et là un petit pointillé rougeâtre, avec un léger ramollissement au microscope. Le rein droit, considérablement atrophié, mesurait à peine 5 à 6 centimètres de longueur et 3 à 4 de largeur avec augmentation de la capsule surrénale ; le gauche était hypertrophié, présentant à l'œil nu le mélange d'injection et de teinte jaunâtre de la néphrite albumineuse. Le microscope

montrait les canalicules sécréteurs remplis de cellules épithéliales en dégénération granulo-graisseuse. Le diagnostic était donc justifié à l'exclusion d'une fièvre typhoïde et le *delirium tremens*. Comme dans la plupart des observations précédentes, la céphalalgie au début, vomissements, changement de caractère signalé par M. Lasègue, incohérence de la parole notée par M. Sée, puis bientôt tout le cortége des accidents typhoïdes, au milieu desquels se dessinait la dyspnée, d'abord intermittente, plus tard presque continue, le justifient. Ce dernier phénomène, surtout, a donné à l'affection présente une physionomie spéciale.

L'absence d'anasarque et de prédominance de la dyspnée sont, suivant M. Parrot, les deux traits les plus accentués de cette forme dont il a observé l'exemple suivant :

Homme de quarante-quatre ans. La peau, d'un ton naturellement blafard, s'était décolorée d'une manière notable depuis quelque temps. Il se plaignait de palpitations, d'essoufflement, de troubles de la vue, et d'un affaiblissement des forces; accidents qu'il rapportait à des soucis, à un travail excessif, et aussi à des excès génésiques auxquels il disait être irrésistiblement entraîné. Battements violents du cœur, avec un murmure assez intense, quoique doux du premier temps et de la base ; des bruits vasculaires au cou firent penser qu'il s'agissait d'une profonde anémie, et qu'un régime tonique, fer, macération de quinquina, et surtout l'éloignement des causes qui semblaient avoir provoqué le mal, y mettraient fin. C'est alors que le patient dit qu'il avait une soif intense et qu'il rendait toutes les vingt-quatre heures environ trois litres d'une urine presque complétement décolorée. Ce liquide examiné ne donna pas de sucre, mais une quantité considérable d'albumine, et des cylindres hyalins et quelques cellules altérées de l'épithélium des tubuli. En aucun point, il n'existait d'infiltration séreuse.

Après un certain temps de cet état, il survint tout à coup une diarrhée très-abondante qui, en exagérant la faiblesse, obligea le malade à prendre le lit. Il survint quelques vertiges et, pendant la nuit, de l'incohérence dans les idées ; sans que la soif diminuât, la quantité des urines était tombée de trois litres à deux ou trois verres. Après l'usage de pilules astringentes et de laudanum pris en lavement, le flux intestinal s'arrêta, mais il fut remplacé par une dyspnée avec redouble-

ments pendant lesquels le malade éprouvait la douleur et l'anxiété de ceux qui subissent une violente attaque d'asthme, sans que, malgré l'examen le plus attentif, on pût, à aucun moment, en trouver la cause dans les organes circulatoires non plus que dans ceux de la respiration. Le murmure cardiaque, quoique plus faible, était encore perceptible. Le pouls battait plus fréquemment, sans élévation de température. Quand la dyspnée était excessive et arrachait au patient des plaintes et quelquefois des larmes, rien n'était modifié dans la coloration des diverses parties du tégument. L'emploi de quelques antispasmodiques, et surtout de ventouses sèches appliquées en nombre considérable sur les parois du thorax, détermina du soulagement au début, mais l'action de ces moyens s'épuisa bien vite, et le mal fit de si rapides progrès que le malade succomba après trois semaines en passant les huit derniers jours dans un fauteuil, accablé de sommeil et de fatigue ; alors seulement on vit apparaître de l'œdème aux membres inférieurs. Du reste, rien ne fut modifié du côté des principaux appareils. Le délire survint brusquement et dura vingt-quatre heures.

M. Dumontpallier a observé un fait analogue.

Homme de trente-neuf ans, assez bien portant, se plaignant cependant, depuis deux ans environ, de fatigue et de moins de facilité pour le travail. De temps en temps, céphalalgie. Surchargé de travail, il allait toujours et faisait face néanmoins à toutes les exigences de son existence.

En décembre 1866, grippe, et, le 25, il allait reprendre sa vie active, lorsque tout à coup il ressentit de la gêne dans la respiration. L'examen de la poitrine, fait plusieurs fois et avec grand soin par M. le docteur Homolle, ne rendait point compte de cette gêne de la respiration. En même temps l'appétit disparaissait, sans soif vive. Pouls petit, sans fièvre, ni troubles intestinaux.

La persistance de la céphalalgie et l'inappétence firent penser, au cinquième jour, au début d'une fièvre muqueuse, à forme thoracique.

Mais l'attention fut appelée ce jour-là sur un symptôme significatif. Le malade, depuis quelques jours, ne rendait que très-peu d'urine, à peine 20 à 30 grammes dans les vingt-quatre heures, qui, examinée avec la chaleur et l'acide nitrique, donna une très-grande quantité d'albumine. Dès lors, ce

diagnostic devenait positif : albuminurie, diminution de la sécrétion urinaire, empoisonnement par les matières excrémentitielles de l'urine. C'était la forme dyspnéique de l'urémie.

On constate en effet un peu d'œdème des pieds, des mains et de la région lombaire.

A partir du sixième jour, la dyspnée continue et augmente sous forme de paroxysmes bien pénibles. Le malade, tout à coup, et cela plusieurs fois par jour, était pris d'accès de dyspnée extrême ; il se jetait à bas de son lit, gagnait son fauteuil et craignait de mourir asphyxié. La veille de sa mort, arrivée le treizième jour des accidents, le malade eut, dans le milieu du jour, un accès d'orthopnée tel, que ceux qui l'entouraient pensèrent qu'il allait mourir. D'une voix entrecoupée, les yeux saillants, la pâleur de la mort sur le visage, le pauvre malade faisait ses adieux et se résignait à mourir. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

URÈTHRE. Son absence congénitale est assez rare pour que le fait suivant, observé par M. le docteur Surmay de Ham, mérite d'être signalé. Deux cas analogues sont seulement cités par J. L. Petit, et s'il est permis de croire que plusieurs autres ont été omis ou cachés soit par l'incurie des parents et des malades, ou par la fausse honte qui s'attache à une incontinence d'urine, on ne peut dire que ce soit là une malformation fréquente.

Une jeune fille de quatorze ans, peu développée et peu intelligente, ayant une incontinence d'urine complète depuis l'âge de dix-huit mois, dont la cause est attribuée à une coqueluche survenue à cet âge, ayant eu jusqu'à douze ans une chute du rectum avec incontinence des matières fécales, offrait l'état suivant :

Grandes lèvres peu développées, écartées en haut de 12 millimètres par une espèce d'encoche sans commissure supérieure. Elles sont excoriées en partie, ce qui fait marcher l'enfant en écartant les cuisses pour éviter la douleur du frottement. Les petites lèvres sont rudimentaires ; il n'y a ni clitoris, ni prépuce, ni vestibule, ni urèthre. Immédiatement sous la symphyse se montre une petite tumeur rouge vif, grosse comme une merise, très-sensible, cédant sous l'application du doigt, qui pénètre immédiatement sans force et très-aisément dans une cavité dont il parcourt aisément toute

l'étendue, et dont il explore tous les points : c'est la vessie dont un petit flot d'urine s'échappe aussitôt. Le bourrelet muqueux, lui servant d'opercule pour suppléer au sphincter absent, est formé par la muqueuse vésicale procidente.

L'hymen forme un repli muqueux, circulaire, avec une ouverture centrale permettant l'introduction du petit doigt. On constate ainsi le col et le corps de l'utérus. (*Union méd.*, n° 151, 1866.)

Le seul moyen de remédier à cette malformation est un bandage obturateur, une pelote y étant adaptée qui viendrait s'appliquer sur l'ouverture comme une sorte de bouchon. Tel était l'avis de Petit, qui fut partagé par M. Surmay. On peut se demander toutefois si, dans ce dernier cas, l'extrême sensibilité du bourrelet vésical permettrait son application immédiate.

URÉTHRITE. *Injections amylacées.* Contre M. Luc, donnant ce moyen comme nouveau (voy. *Année* 1866), M. le docteur Manayra, médecin en chef du département militaire de Vérone, réclame la priorité pour avoir proposé l'emploi de l'amidon comme succédané du sous-nitrate de bismuth dès le mois de juillet 1861, dans un mémoire lu à l'une des réunions des officiers de santé de l'hôpital de Florence, avec quatre observations à l'appui, dont 3 guérisons. S'étayant d'une citation de M. Ricord pour montrer que ce traitement direct, local, était le plus rationnel de l'uréthrite blennorrhagique, il soutenait que les boissons diurétiques ne pouvaient que provoquer les douleurs par l'abondante diurèse qu'elles déterminent, et entretenir ainsi l'écoulement. Le docteur Finzi, ayant à son exemple employé les injections amylacées dans 64 uréthrites, a obtenu 48 guérisons avec une moyenne de 16 jours seulement de séjour à l'hôpital (*Gazz. med. Venete*, n° 50). Ce sont donc là, outre les raisons d'économie et d'inocuité, des motifs décisifs pour employer ce moyen d'emblée.

URÉTHROTOMIE. Uréthrotomie externe sans conducteur. De grands et nombreux succès ayant définitivement placé cette opération dans la science contre les rétrécissements infranchissables et l'oblitération du canal, il ne s'agit que d'en régler le procédé opératoire. M. Demarquay propose le suivant :

Le malade étant placé sur le bord d'une table assez élevée,

comme pour la taille et anesthésié, le chirurgien fait au-devant de l'anus une incision courbe comme pour la taille bilatérale; il incise le tissu cellulaire, lie ou tord les petits vaisseaux qu'il divise. Cela fait, il coupe tout doucement les fibres musculaires antérieures du muscle sphincter. Les hémorrhoïdaux antérieurs liés, on continue la section des tissus en se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière, entre le rectum et la portion membraneuse de l'urèthre, pour arriver au sommet du triangle dont un des côtés est formé par le rectum et l'autre par l'urèthre. Au sommet de ce triangle, on trouve la pointe de la prostate et l'origine de la portion membraneuse.

Un doigt porté de temps en temps dans le rectum et un autre dans la plaie indiquent nettement la position des parties; on incise alors, couche par couche et transversalement, la portion membraneuse avec un bistouri convexe. Dès qu'elle est ouverte, on introduit dans la vessie une sonde de femme, d'une forme particulière.

Ce second temps de l'opération étant accompli, la conduite de l'opérateur sera différente selon les cas. Si le rétrécissement est accompagné de fistules multiples, etc., une nouvelle incision perpendiculaire à la première et partant des bourses divisera les tissus malades jusqu'au bulbe, siége le plus habituel du rétrécissement. Une sonde cannelée, recourbée, est introduite à travers la portion membraneuse et le bulbe, à la rencontre d'un cathéter spécial, introduit dans la partie antérieure de l'urèthre.

On incise les tissus indurés sur la sonde cannelée et l'on ouvre, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, tous les tissus dans lesquels ne peut pénétrer ni la sonde, ni le stylet, avec la seule précaution de ne pas dépasser la limite supérieure du canal.

Exécuté six fois, ce procédé a donné à l'auteur trois guérisons, les trois autres malades étant encore en observation. (*Acad. de méd.*, février.)

En se rappelant les difficultés qu'il a rencontrées en procédant de la sorte, il y a plusieurs années, chez un malade très-indocile, M. Letenneur est porté à préférer une incision unique sur la ligne médiane, comme il l'a pratiquée avec le plus grand succès dans un cas très-grave et qui semblait presque désespéré, sur un plâtrier de quarante-deux ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dix-huit mois après l'accident qui avait déter-

miné la rupture de l'urèthre. La verge, petite, ratatinée, tordue sur elle-même et inclinée vers le pli de l'aine gauche, était comme étranglée au niveau du pubis par les tissus profonds indurés. De ce point rayonnent en différents sens des cordons durs et calleux indiquant les trajets tortueux suivis par l'urine pour aller former au loin des abcès et des fistules. L'une d'elles, à la région sous-ombilicale, n'est pas entièrement cicatrisée, et une autre, donnant passage à la presque totalité de l'urine, existe à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse gauche. Toute la région du périnée et des bourses est déformée, dure, rétractée et donne au toucher la sensation du cartilage. Aucune bougie ne pénètre au delà de la symphyse.

Une sonde ayant été introduite jusqu'à l'obstacle et le malade chloroformé, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane depuis la racine de la verge jusqu'à deux centimètres de l'anus; puis les tissus incisés couche par couche, la verge dégagée de ses brides, une boutonnière fut faite sur la saillie du bec de la sonde. Nul trajet n'existant dans ce cul-de-sac, l'incision fut dirigée plus profondément au milieu d'un tissu criant sous l'instrument et occupant la région bulbeuse. A trois centimètres au moins, elle arriva dans une cavité anfractueuse, irrégulière, occupant toute la région membraneuse, d'où s'écoula une certaine quantité de pus. C'était le cloaque communiquant avec la vessie et les trajets fistuleux. Toute la partie inférieure en fut largement incisée, ainsi que les tissus indurés remplaçant l'urèthre, dans une étendue de trois centimètres; une gouttière y fut en quelque sorte creusée pour recevoir une sonde en caoutchouc vulcanisé, destinée à rétablir l'écoulement de l'urine, qui, au treizième jour, avait cessé totalement par la plaie et les fistules. La guérison même n'eût pas tardé, si un érysipèle local, déterminé par l'incrustation des sels calcaires sur la sonde, ne se fût déclaré au vingtième jour. Une fois enlevé, tous les accidents cessèrent comme par enchantement, et, le troisième mois, l'opéré quittait l'hôpital, urinant à jet fort et volumineux, la verge libre et mobile, avec érections à peu près normales. Il a reconquis, en effet, l'intégrité de ses fonctions génitales, sinon que le sperme s'échappait en bavant comme les dernières gouttes d'urine. Tant qu'il eut le soin de se passer une bougie, aucun accident ne reparut; mais cette omission, des excès de travail, de boisson, amenèrent à deux reprises des abcès urineux, par suite du rétrécissement

du calibre du nouveau canal. (*Journal de méd. de l'Ouest*, n° 4.)

Un nouveau procédé a été employé contre un rétrécissement infranchissable de l'urèthre datant de sept ans, ayant nécessité une ponction vésico-rectale et provoqué un abcès urinaire consécutif chez un homme de quarante-quatre ans, entré à l'hôpital de Boston le 5 juin. M. le docteur Cheever voulant, après ces divers accidents, tenter une opération radicale, au lieu d'inciser par dissection de dehors en dedans jusqu'à la portion membraneuse, siége du mal, suivant la méthode ordinairement suivie, pratiqua une ponction périnéale de la manière suivante :

Le malade étant éthérisé et placé comme pour la taille, l'index gauche fut introduit dans le rectum, la surface palmaire dirigée en haut et la pulpe digitale placée au sommet de la prostate. Un long et étroit couteau à amputation, à un seul tranchant, dirigé en haut, est tenu de la main droite, et la pointe, plongée dans le raphé au milieu de l'espace compris entre le centre du périnée et l'anus, est poussée droit jusqu'au point de sentir l'extrémité de l'indicateur. Guidé par celui-ci, le dos du couteau passant au-dessus avec une mince couche de la paroi du rectum entre eux, la pointe est poussée de là directement dans la vessie. Ainsi ouverte par une simple ponction, la vessie donna issue à une pinte d'urine sanguinolente. Un cathéter fut placé dans l'ouverture, et l'opéré se rétablit bien plus vite que par la division périnéale ordinaire Un mois après, il passait une sonde n° 8 par l'urèthre, et, dès la septième semaine, l'ouverture périnéale était cicatrisée. (*Boston med. and surg. Journ.*, novembre.)

Si prompte et expéditive que soit cette brillante opération, due à M. Cox, il est évident qu'elle est hasardée, beaucoup moins sûre dans son exécution et plus dangereuse dans ses conséquences que le procédé ordinaire. Elle rappelle trop le procédé *simple, sûr et brillant* dont M. Borelli a exposé les détails à la Société de chirurgie et que la plupart des membres ont repoussé et blâmé énergiquement (voy. TAILLE) pour ne pas encourir les mêmes reproches. Substituer une minute ou deux à une heure de temps, comme le dit l'opérateur, ne suffit pas à constituer une bonne opération. *Citò* n'est pas tout, il y a les deux autres termes : *tutò et jucunde.* Or, si sûre que soit la main qui dirige le couteau enfoncé dans cette région où elle ne pénètre qu'en tâtonnant à ciel ouvert, elle ne peut être assurée de ne pas faire fausse route. La moindre anomalie anato-

mique suffit à la faire échouer. L'index servant de conducteur peut-il toujours atteindre le sommet de la prostate et arrêter le couteau à temps? Ce n'est donc là qu'une opération aventureuse. Le succès qui l'a couronnée dans ce cas ne la justifie en aucune manière et ne saurait répondre de l'avenir, malgré tous les prétendus avantages que le chirurgien américain y trouve. L'étendue de la plaie, la prolongation de l'anesthésie et la lacération des tissus pour parvenir à l'urèthre et le trouver, dit-il, par la méthode classique, sont autant de conditions favorables à l'infiltration urineuse que l'on évite par notre procédé. Mais il charge manifestement l'ancien pour innocenter le nouveau, car on ne lacère pas les tissus par ce procédé, lors même que l'on emploie à un moment donné la sonde cannelée : on les divise et à coup sûr. Aussi expose-t-il bien moins à des lésions graves que le procédé américain qu'il s'agit de lui substituer.

URINE. Afin d'obvier à la difficulté de la décanter avec le verre ordinaire à expériences, lorsqu'il s'agit d'en examiner au microscope le précipité, le sédiment, les flocons ou autres corps étrangers qui s'y trouvent, et la perte de temps qui en résulte, le docteur Basham, médecin de l'hôpital Westminster, a imaginé l'appareil suivant : Tube en verre de 1 pouce de diamètre et long de 10, dont le fond, conique, allongé, effilé, est pourvu d'un petit orifice. Perforé horizontalement en bas, ce tube reçoit un robinet en verre qui, fermé, bouche l'orifice inférieur et, ouvert, laisse écouler immédiatement le dépôt ou sédiment. En le suspendant perpendiculairement à un support à tube ordinaire, on opère rapidement et plus sûrement. (*Lancet*, mars.)

Urine sucrée. Moyen simple de la constater. Voy. Diabète.

Un pharmacien de Paris, M. Sorré, a tracé le tableau suivant qui, sans l'aide du microscope, peut déceler la nature de l'urine d'après l'inspection du sédiment :

Quand il se dissout par la chaleur................	Urates.
Dans le cas contraire, il laisse voir des grains pulvérulents d'un jaune rougeâtre surnageant le liquide, ou se précipitant au fond du vase, ou adhérant à ses parois et donnant les réactions de la murexide....	Acide urique.

Suspendus dans le mucus ou mélangés à d'autres sédiments et sous la forme de points brillants et miroitants.	Phosphate de soude tribasique.
Constitué par des masses opaques pulvérulentes, qui, dans l'espace de 14 à 24 heures, se précipitent et se séparent d'une façon plus ou moins tranchée. S'il est blanchâtre, sans changements par la potasse caustique et lavé à l'eau distillée, se dissout par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique : Sans dégagement de gaz	Phosphates terreux (normal).
Avec un léger dégagement de gaz.	Phosphate de chaux.
Réaction propre au pus par la potasse caustique, l'urine contenant de l'albumine.	Pus.
De couleur variant du rouge brun au brun foncé, l'urine contenant de l'hématine et de l'albumine.	Sang mêlé d'épithélium, mucus? pus? fibrine?
Lorsqu'il forme une couche gélatineuse compacte tenant quelquefois toute la masse du liquide dans une urine fortement alcaline et contenant de l'albumine.	Pus.
Nuageux et ne se précipitant que difficilement sans séparation d'une manière bien tranchée	Mucus uréthral (rarement sperme).
S'il forme des filaments blanchâtres nageant dans le liquide.	Matière d'écoulements blennorrhagiques.
Masses visqueuses d'un gris brunâtre se présentant sous forme de petits amas dans une urine contenant du sang.	Fibrine coagulée.

(*Union pharmaceutique.*)

UTÉRUS. *Oblitération du col.* D'après les observations cliniques communiquées à la *Société médicale du Haut-Rhin*, par **MM.** Marquez, Beltz et Picard, elle peut être le résultat des cautérisations répétées du col avec le nitrate acide de mercure. Pratiquées surtout au début de la grossesse contre ces exulcérations avec ramollissement, saignement que l'on y constate si souvent, elles ont déterminé ainsi, sans nul doute, l'union complète et intime des deux lèvres ulcérées à tel point qu'il fallut diviser avec l'instrument tranchant comme dans l'oblitération congénitale, alors que des accouchements antérieurs s'étaient effectués normalement. D'autres fois, l'union était incomplète, il n'y avait que rétrécissement. Ce serait donc là un inconvénient très-grave et dangereux de cette préparation. Outre que l'on doit toujours s'informer avec soin si l'utérus n'est pas gravide dans ces cas d'exulcérations, de fongus super-

ficiels, auquel cas il est toujours prudent de s'abstenir, on ne doit recourir à cette préparation mercurielle qu'avec ménagement. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 1.)

Rétroversion. Aux divers moyens connus, il convient d'ajouter celui du docteur Playfair, employé avec succès pour la première fois à l'hôpital de King's College, au mois d'août 1866, après l'insuccès des efforts manuels. Il s'agissait d'une blanchisseuse de quarante-deux ans, au quatrième mois de sa treizième grossesse, obligée d'uriner à chaque instant et ne pouvant s'asseoir ni aller à la garde-robe sans de grandes douleurs. Au toucher, le col pouvait être à peine atteint derrière le pubis et une masse globuleuse en occupait la place naturelle; c'était l'utérus gravide en rétroversion.

Les moyens ordinaires ayant échoué, une poche en caoutchouc remplie d'eau fut placée et maintenue dans le vagin, avec le soin de tenir la vessie et le gros intestin vides. La compression exercée sur l'utérus dévié par cette vessie suffit, et, après 24 heures, la femme accusa un bien-être sensible; la réduction était complète et s'est maintenue. (*Lancet*, octobre.)

La simplicité de ce moyen mérite de fixer l'attention des praticiens. C'est une imitation du pessaire à air de Gariel, employé dans le même but. A défaut de celui-ci, on peut toujours se procurer celui-là, et, dans plus d'un cas, c'est encore là l'essentiel.

Inversion. C'est à cette pelote en caoutchouc et à air de Gariel que le docteur Fessenmayer eut recours avec succès dans deux cas. La compression douce et uniforme de ce petit appareil, à mesure qu'il se distend et remplit le vagin, repousse bien mieux la tumeur que les efforts les plus habiles et les doigts les plus exercés; il prévient de plus l'hémorrhagie. Il laisse d'ailleurs l'appareil en place un temps proportionné à la durée et la gravité du déplacement en augmentant graduellement le tamponnement jusqu'à réduction complète. Des douleurs assez vives s'irradiant du bas-ventre vers les seins lui ont paru le signe de cette réduction. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, décembre 1866.)

Uterine disorders, their constitutional influence and treatment par le docteur H. Wright, médecin de l'hôpital de la Samari-

taine, pour les maladies des femmes, 268 pages in-8. Quatre chapitres composent ce livre : après un historique viennent les désordres de lieu, de fonction et de structure. L'ordre en est ainsi nouveau.

V

VACCINE. *Nouveau procédé de vaccination.* Une bague en argent, fendue en deux et pourvue d'une petite capsule destinée à renfermer du vaccin pour 30 inoculations sert à cet effet. Le vaccinateur place cet anneau à l'extrémité unguéale du pouce gauche, et dépose ainsi, par application directe, le virus dans la piqûre faite de la main droite. Suivant le docteur Carenzi, vice-conservateur du vaccin à Turin, on peut ainsi inoculer beaucoup plus vite et plus sûrement dans la proportion de 30 individus pour 5 à 6, avec les procédés ordinaires de bras à bras ou de génisse à bras. Reste à savoir si le vaccin ainsi conservé réussit mieux que celui des plaques et des tubes. C'est peu probable.

Par suite du crédit de 6 000 francs mis à la disposition de l'Académie de médecine par le gouvernement français, pour l'étude comparative de la vaccine animale et de la vaccine jennérienne, M. Depaul, rapporteur de la commission, a présenté les conclusions suivantes dans son rapport annuel de 1867 à ce corps savant :

1° La transmission du cowpox par inoculation de génisse à génisse s'obtient sans difficulté ;

2° Les génisses inoculées par nous l'ont toujours été avec succès ;

3° La méthode par incision, primitivement employée, n'a aucun avantage sur celle par piqûre ;

4° Aucune des génisses inoculées n'a présenté d'accident par le fait de l'inoculation ;

5° Quelques-unes seulement ont été prises de diarrhée par suite de leur changement de nourriture et d'habitation ;

6° Le cowpox de Naples a servi aux trois premières, et celui de Beaugency aux 42 dernières génisses.

7° Tous deux ont donné des résultats identiques ;

8° Le cowpox n'a rien perdu de ses propriétés par les inoculations successives ;

9° La marche de l'éruption chez les génisses a été plus rapide que dans l'espèce humaine;

10° Le bouton paraissait le troisième jour et suppurait du septième au huitième;

11° Les génisses malades ont offert des pustules moins développées que les génisses saines;

12° L'éruption s'est montrée exclusivement aux points inoculés;

13° La réaction générale a paru nulle ou presque nulle; chez quelques génisses seulement on a noté un peu d'abattement et un peu de chaleur à la peau.

14° Il résulte de nos expériences qu'il serait facile, dans les grands centres surtout, d'organiser un service de vaccination animale;

15° Le cowpox spontané n'est pas aussi rare qu'on le croit. Nous l'avons rencontré deux fois pendant le cours de nos expériences;

16° Le cowpox dont nous nous sommes servi a une origine dont l'authenticité est incontestable;

17° La quantité du cowpox fourni par chaque génisse est assez grande pour suffire aux exigences du service le plus étendu;

18° La syphilis n'est pas inoculable à l'espèce bovine;

19° Pris dans de bonnes conditions, le cowpox réussit aussi souvent que le vaccin d'enfant;

20° Pris après le septième jour, il donne des résultats moins satisfaisants;

21° Le cowpox de Naples n'est pas inférieur à celui de Beaugency;

22° Chez les enfants inoculés avec le cowpox, la période d'incubation se prolonge quelquefois, et l'éruption ne se manifeste que du neuvième au douzième jour;

23° Parfois les pustules ne se développent pas simultanément chez le même individu;

24° Les pustules obtenues avec le cowpox sont plus volumineuses que celles obtenues par le vaccin humain;

25° L'inoculation du cowpox produit dans toute l'économie une réaction générale plus sensible, surtout à la période de suppuration;

26° Toutefois, cette réaction n'a pris aucun caractère sérieux chez les enfants inoculés;

27° Au point de vue du nombre des pustules, les résultats ont été les mêmes avec le cowpox qu'avec le vaccin humain;

28° Une seule piqûre avec le cowpox a quelquefois donné lieu à deux, trois et même quatre pustules.

29° Ce phénomène est beaucoup plus rare à la suite de l'inoculation du vaccin humain;

30° Tous les modes d'inoculation réussissent quand le cowpox est pris au moment opportun;

31° Le cowpox, comme le vaccin d'enfant, échoue souvent quand il a été conservé;

32° Sous ce rapport, le vaccin d'enfant semblerait avoir quelque avantage sur le cowpox;

33° Toutefois, le cowpox, conservé depuis un mois dans des tubes, a été inoculé avec succès;

34° Envoyé même en province et à l'étranger, il a pu donner des résultats satisfaisants;

35° On ne peut dire encore si l'action du cowpox sera plus durable et plus complète que celle du vaccin d'enfant;

36° Le nombre des revaccinations a été trop peu considérable pour en pouvoir rien conclure;

37° En temps d'épidémie, on pourrait envoyer dans les pays infectés une ou plusieurs génisses qui fourniraient tout le cowpox nécessaire aux vaccinations et aux revaccinations.

Malgré le nombre et la précision de ces conclusions, on n'est ni plus éclairé, ni convaincu. Leur multiplicité n'en fait pas le mérite. Plusieurs ont trait à des faits qui n'avaient pas besoin d'être remis en question, et pour qui connaît l'esprit absolu, systématique du rapporteur et surtout l'accueil empressé qu'il a fait à la vaccine animale, alors qu'elle était à peine connue, et ses terreurs exagérées contre la syphilis vaccinale, dont la fréquence redoutable, chose bien étonnante! ne s'est révélée en France que depuis l'épidémie de Rivalta qui a servi d'épouvantail à ce sujet, il y a certainement lieu à ne pas les accepter sans réserve, c'est-à-dire sans les documents qui leur ont servi de base. Or, elles ne reposent en réalité que sur 681 enfants vaccinés à l'Académie et dont les résultats n'ont pu être constatés chez 206. Les succès ont été sur les 475 autres de 88,7 pour 100 avec le vaccin animal, et même de 88,9 en le prenant du quatrième au cinquième jour qui est le plus favorable. Mais la proportion est loin d'être aussi favorable dans les hôpitaux, car 274 enfants vaccinés avec le cowpox ont

donné 51 pour 100 de succès, et 116 vaccinés de bras à bras ont donné 61,57, soit plus de 10 pour 100 en faveur de la vaccine jennérienne.

M. Husson a même encore affaibli ce chiffre en produisant la statistique générale des vaccinations pratiquées avec le cowpox du 1er janvier 1866 au 31 mars 1867, soit 9317, savoir : 1392 hommes, 2415 femmes et 5449 enfants. Or, sur ces derniers, il y a 53,77 pour 100 de succès, tandis que cette proportion n'a été que de 16 à 17 pour 100 chez les adultes. Or, en comparant ces derniers résultats chez les enfants et les précédents, il y a une différence de 8 pour 100 qui, en prenant toutes les précautions, s'élèverait beaucoup plus haut, puisque, d'après M. Depaul, il obtient sur des enfants de quelques mois bien portants, et avec un cowpox pris du troisième au sixième jour, 92,2 sur 100 vaccinations.

La différence énorme de ces résultats serait tout simplement dans l'âge, selon M. Depaul. Mais, comme l'a très-bien rappelé M. J. Guérin, les résultats généraux obtenus par les différents chefs de service prouvent le contraire. (Voy. *Années* 1865 et 1866.)

Sur 930 vaccinations pratiquées avec le cowpox de génisse, dans le service de M. Empis, à la Pitié, 558 ont réussi, 372 ont échoué, soit 60 pour 100 de succès, tandis que, d'après le rapport même de la commission, les insuccès avec la vaccine humaine n'ont été que de 18 sur 543 succès. Sur 9 rapports des médecins de Paris adressés par la Préfecture, 8 sont défavorables par leurs chiffres ou l'opinion de leurs auteurs à la vaccine animale. Pour les départements, les réclamations comparatives, faites à l'Académie, sont le seul moyen d'appréciation. Or, sur 1657 envois de vaccin de génisse, il y a eu 80 réclamations contre 9 seulement pour 907 envois de vaccin humain dans une période, et 33 contre 2776 plaques et tubes expédiés. Enfin, 1063 tubes et 594 plaques de vaccin animal ont amené 80 réclamations en 1866, et 860 plaques et 47 tubes de vaccin humain n'amenèrent que 9 réclamations.

Ces chiffres et d'autres sont loin de justifier la prééminence que le rapport donne à la vaccine animale. Si le vaccin de l'homme dégénère, dit M. Guérin, ce n'est que dans certaines conditions que le rapport n'a pas étudiées et qu'il devait étudier et signaler. Que l'on propage par exemple la vaccinelle, et il est certain que les résultats en seront très-défectueux. Il fau-

drait donc faire un choix entre les vaccins ; ce serait un excellent moyen d'arrêter la décadence de la vaccine humaine. Une sélection vaccinale, une culture de la vaccine relèverait bientôt le prestige de la pratique jennérienne.

Quant à l'adultération de ce vaccin par la syphilis, s'il y en a des exemples incontestables, ils ne sont pas aussi fréquents, ni constants que l'on veut bien le faire croire. Assurément, la vaccine syphilitique, d'après les expériences, ne se communique pas aussi aisément que M. Depaul l'admet. Il ne faut donc pas en faire la base d'une réforme radicale, et condamner pour cela la vaccination humaine. Rien ne prouve encore que la vaccine dite animale préserve aussi sûrement de la variole que celle-ci. Elle provient du cowpox spontané, inoculé à l'homme, tandis que l'autre est du vaccin quelconque inoculé à la vache, repris à la vache pour être perpétué de la génisse à la génisse. Ce sont là des différences notables. L'une est issue d'un cowpox spontané, l'autre dérive d'un cowpox artificiel, provoqué. Or, comme un agent spontané est plus puissant qu'un agent artificiel, le cowpox de Jenner doit être plus puissant que la vaccine animale, outre qu'en passant à travers l'organisme humain de génération en génération, le premier s'est humanisé en quelque sorte, tandis que la seconde n'a cessé d'être animalisée. (*Acad. de méd.*, août.)

On voit que ces objections de M. J. Guérin sont tout à fait l'opposé dans la lettre et dans l'esprit aux fauteurs de la vaccine animale. Mais qui assure de la justesse de leurs raisons? L'expérience seule peut en décider, et, en attendant, ces objections sont de nature à faire impression sur les esprits non prévenus. Les avantages de la vaccination animale sur le vaccin jennérien sont si peu appréciables que, née et employée à Naples depuis longues années, elle n'a pas encore pénétré dans plusieurs provinces italiennes. Et cela malgré qu'elle soit étudiée et pratiquée en France, en Belgique et ailleurs (*Imparziale*, n° 1). En effet, à l'instar de l'Académie de médecine de Paris, celle de Belgique, aussi sur la demande ministérielle, s'est prononcée en faveur du vaccin animal comme moyen de régénérer ou de rajeunir le vaccin. M. Warlomont a réussi à emporter ce vote sans discussion.

D'après un tableau synoptique, très-clairement disposé, de 45 691 piqûres faites par ordre du Ministre de l'intérieur dans les maisons centrales, sur 8395 personnes de sexe, âge et

conditions différentes et plus de 40 animaux de toutes sortes, dans un espace de neuf mois, M. le docteur Danet, en étudiant parallèlement les effets du vaccin de la vache à l'homme et de bras à bras, a obtenu avec le premier 40 pour 100 de succès et 26 seulement avec le second. Là est le grand fruit de cette expérimentation. Les résultats contradictoires trouveraient leur explication pour le vaccin animal, en ce qu'il a été pris trop tard, le moment favorable de le recueillir n'étant que du quatrième au sixième jour de l'éruption.

Contrairement à beaucoup d'auteurs, MM. Taupin et Bousquet entre autres, l'auteur croit que les variétés de forme et d'évolution de la vaccine empruntent ces différences de la constitution même du sujet vacciné. D'où le danger de se servir du vaccin pris sur des sujets diathésiques, cachectiques, et l'indication de se servir du vaccin animal de préférence. (*Acad. de méd.*, février.)

Vaccine syphilitique. Deux faits de syphilis constitutionnelle chez des femmes en traitement dans les salles d'hôpital n'ayant pas empêché de se développer une variole discrète observée par M. le docteur Marrotte, et chacune des deux éruptions ayant suivi séparément sa marche et conservé ses caractères sans s'influencer réciproquement, il en résulte la preuve que ces virus ne s'allient ni ne se mêlent et restent indivis, séparés au sein même de l'organisme, agissant chacun de leur côté et de la manière qui leur est spéciale. Or, par la connexion étroite de la vaccine avec la variole, n'est-il pas possible d'inférer de ces deux faits, vus par un observateur aussi exact que M. Marrotte, quelques idées sur la manière dont s'opère la transmission de la syphilis par la vaccine? (*Acad. de méd.*, mars.)

Horsepox. Nom donné par M. Bouley à l'éruption vaccinogène qu'il a, le premier, reconnue comme telle à Alfort. (Voy. *Année* 1864.) M. Decroix, vétérinaire de la garde, l'ayant constatée sur un cheval des écuries de M. le préfet de police, a voulu vérifier sa propriété en prévenant le directeur de la vaccine à l'Académie de médecine. M. Depaul recueillit le virus des pustules le 8 juin, et l'inocula le lendemain à trois nouveau-nés à l'hôpital des Cliniques, à deux autres enfants à l'Académie et à deux adultes déjà vaccinés. Ces deux der-

nières inoculations ont échoué de même que les deux premières sur les nouveau-nés. Les autres n'ont produit qu'une pustule volumineuse dont le virus, transmis au dixième jour à six nouveaux enfants, le 18 juin, a donné un succès complet. Il a de même réussi sur une génisse. C'est donc bien là une nouvelle source de vaccin. (*Acad. de méd.*, juin.)

VAGINISME. *Nitrate d'argent et teinture d'iode.* Le docteur Marion Sims a donné ce nom à un état morbide caractérisé par une sensibilité excessive du vagin, avec contraction spasmodique du sphincter de la vulve (voy. *Année* 1866). Bien que cette affection ait été signalée longtemps avant l'auteur américain, les exemples connus en sont encore assez rares. Chez une femme de trente ans, mariée, sans enfants, le vagin et la vulve sont le siége de douleurs violentes, qu'exaspère le plus petit frottement. La constriction du sphincter s'oppose à l'introduction du doigt. Les opiacés et les compresses imbibées d'acétate de plomb ayant été inutilement employés, on pratique l'examen des organes au moyen du spéculum, après avoir chloroformé la malade. La surface du vagin est rouge, sèche, inégale et couverte de papilles proéminentes. Sur la lèvre postérieure du col, existe une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le docteur G. Murray la cautérise vigoureusement avec le crayon de nitrate d'argent, et introduit dans le vagin, où il l'abandonne pendant dix minutes, une compresse imbibée d'une solution de ce sel. Même pansement de sept en sept jours. Au bout de deux semaines, l'amélioration est telle que l'introduction du spéculum se fait sans le secours du chloroforme. On remplace le nitrate d'argent par la teinture d'iode étendue d'eau. L'ulcération guérit, et, trois mois après, le spasme et les douleurs ont cessé entièrement.

Il est évident par là que la division du sphincter n'est pas le seul moyen à opposer, et qu'on ne doit y recourir qu'en dernier lieu.

Dilatation graduelle. « Il nous sera permis, dit M. Gallard, de trouver que l'on fait beaucoup trop bon marché de la dilatation graduelle associée aux médicaments qui, comme la belladone, peuvent avoir une action spéciale sur les sphincters et favoriser la dilatation. Je n'ai certainement pas eu occasion

de voir autant de cas de vaginisme que M. Sims, qui, trente-neuf fois, a trouvé à faire l'opération. Mais dans ceux que j'ai eu à soigner, j'ai été plus favorisé que lui, car jamais je ne me suis vu dans la nécessité de recourir à une opération sanglante. La dilatation avec une simple mèche de charpie enduite d'onguent belladoné, et dont le volume était graduellement augmenté, m'a fort bien réussi, et tout récemment encore j'ai pu constater ses heureux effets chez une femme d'environ trente ans, qui, après sept ans de mariage, n'avait pu, malgré de nombreuses tentatives, arriver une seule fois à l'accomplissement complet de l'acte conjugal. L'introduction du petit doigt ne pouvait avoir lieu sans développer une douleur excessive, avec cris, tremblements, etc. J'appliquai cependant une très-petite mèche enduite de pommade belladonée, et je conseillai à la malade de la laisser en place pendant toute la nuit, et d'en réappliquer elle-même une semblable tous les soirs, en ayant soin d'augmenter chaque jour de dix le nombre des brins de charpie employés à la confection de cette mèche. On devait arriver ainsi, et l'on arriva en effet fort rapidement à une mèche d'un volume assez respectable, qui fut fort bien toléré. Après quoi, un beau jour, ou plutôt une belle nuit, le mari enleva lui même la mèche, qui était restée en place depuis plusieurs heures, ce qui avait permis à la belladone d'exercer son action dilatatrice, et à sa grande satisfaction, il put pénétrer sans grand'peine là où il essayait vainement de s'introduire depuis sept années. Je n'ai pas besoin de dire quelle fut la joie de ce ménage, trop peu uni jusqu'à ce jour, et je puis ajouter que cette joie ne fut pas troublée depuis. » (*Union méd.*)

VAGINITE. Quand elle n'a pas une origine syphilitique et que la sécrétion âcre est capable de produire un écoulement chez l'homme, M. Demarquay la guérit en douze à quinze jours par l'application topique de tampons de ouate imbibée du mélange suivant :

℞ Glycérine...........................	30 centigr.
Tannin.................................	10 —

Mêlez.

On ne change ce pansement que tous les trois à quatre jours. (*Journ. des conn. méd.*)

VALÉRIANE. Un moyen d'en déguiser l'odeur repoussante et qui souvent en exclut l'emploi pour beaucoup de personnes, et celles-là même qui en ont le plus besoin, les femmes nerveuses, vaporeuses, consisterait, d'après M. Mahue, à lui associer la menthe sous quelque forme pharmacologique que ce soit, en infusion, poudre, sirop ou teinture. Or, comme l'action de celle-ci n'est pas antagoniste de celle-là, cette association n'a rien que de très-facile. (*Union méd.*, n° 18.)

VAPORARIUM. Nom donné par M. Luton à une chambre remplie de vapeur d'eau, soit au moyen d'un tuyau amenant de la vapeur et passant au fond d'un grand baquet rempli d'eau, soit avec le gaz d'éclairage; mais ce dernier, plus facile à se procurer, est plus coûteux et difficile à installer. Il présente aussi quelques dangers. La température peut être élevée de 25 à 27 degrés C. On pourrait encore recourir au moyen simple et primitif employé contre le tétanos. (Voy. *ce mot.*)

Employé à Reims avec grand succès, sur la prescription du professeur Trousseau, par les docteurs Galliet et Henrot dans la phthisie pulmonaire à ses différentes périodes. (Voy. Phthisie.)

VARICES. *Ligature.* M. Vood, chirurgien de l'hôpital de King's College, la pratique ainsi : la veine dilatée est comprise sous les téguments entre une aiguille en avant et un double fil métallique en arrière passés par les mêmes ouvertures, après quoi le fil est entortillé et serré autant que possible autour des deux extrémités de l'aiguille. Deux à trois jours après être soumis à cette constriction, le vaisseau est divisé, et, dans le cas contraire, si des tissus étrangers sont compris dans la ligature, il ne s'agit que de détortiller les fils et les resserrer de nouveau autour de l'aiguille. Pour plus de sécurité, on peut d'ailleurs répéter cette opération en deux ou trois endroits du vaisseau, afin d'y intercepter plus sûrement le cours du sang. (*British med. journ.*, janv.)

Dans tous les cas où il l'a employé, ce procédé a donné des succès sans accidents à l'auteur, sinon chez un homme d'une mauvaise santé générale, où un petit abcès survint. Il semble donc exempt d'hémorrhagie, qui est surtout à redouter avec les autres procédés curatifs des varices.

Du traitement des varices et spécialement du procédé par

les injections de liqueur iodo-tannique, par le docteur Rouby, in-8, Paris.

VARIOLE. *Obscurité.* Un médecin anglais, le docteur C. Black, c'est-à-dire Noir, rapporte six observations de variole, observées à Chesterfield et dans les environs, sur des adultes et des enfants non vaccinés. Après avoir passé successivement en revue les différents moyens vantés pour prévenir les traces indélébiles laissées par l'éruption variolique, il se détermina, d'après ce qu'il savait de l'influence de la lumière sur la production et le développement des plantes et des animaux, d'après ce qu'il savait de même de l'influence destructive exercée par l'oxygène sur les tissus malades, à préserver de ces agents la face des varioleux. Il intercepta donc la lumière de l'appartement avec des stores de couleur noire placés aux fenêtres, et il préserva la figure de l'action de l'oxygène en la tenant constamment couverte avec de l'axonge fraîche. En même temps, il maintint avec soin une bonne ventilation.

Dans le premier cas d'une jeune fille de dix-huit ans, la maladie suivit son cours ordinaire et ne laissa aucune trace. Dans les cinq autres, il n'y eut pas de fièvre secondaire, quoique les malades n'eussent pas été vaccinés. Il n'y eut pas de marques, sauf dans le troisième cas, où, par la faute de la garde-malade, une certaine quantité de lumière tomba sur la figure de la jeune fille. La variole fut suivie de quelques cicatrices, du reste très-superficielles.

Comme traitement interne, le docteur C. Black donnait de un à deux drachmes de solution d'acétate d'ammoniaque avec deux à trois gouttes de solution d'arsénite de potasse, toutes les deux à trois heures, depuis le début de la maladie jusqu'à l'acumination des pustules. A partir de cette période jusqu'à la fin de la dessiccation, il donnait l'acide nitrique étendu à la dose de 3 à 5 gouttes. Comme régime, du lait, une nourriture légèrement farineuse, des boissons rafraîchissantes ; puis du thé de bœuf, du bouillon de poulet. (*Lancet*, juin.)

La conclusion à tirer de ces faits, selon M. J. Guyot, c'est que la complète exclusion de la lumière dans la variole, chez les personnes non vaccinées, prévient les cicatrices indélébiles. Mais, comme l'a justement fait remarquer M. Gallard, ces idées ne sont pas nouvelles. Depuis longtemps, les médecins se sont préoccupés de l'avortement des pustules varioliques en les mettant

à l'abri de l'air; plusieurs moyens ont été préconisés. Ainsi, M. Briquet employait l'onguent mercuriel; Aran se servait du collodion. En 1852, Valleix fit des expériences comparatives avec les préparations mercurielles et celles qui mettent simplement les pustules à l'abri de l'air. (*Union méd.*, n° 129.)

Différents moyens ont ainsi été employés, comme la pommade au charbon ou du collodion rendu noir par l'incorporation de cette poudre. Le mode d'obscurité seul présente donc une modification.

VÉGÉTATIONS. *Dangers de la ligature.* Contre ces excroissances des parties génitales, qui pendant la grossesse surtout acquièrent parfois un volume énorme, la ligature, si elle prévient l'hémorrhagie, peut donner lieu à des accidents bien plus redoutables. Le professeur Sigmund l'ayant employée chez une dame de 29 ans très-anémique, fut obligé de l'enlever après 4 heures d'application par les douleurs atroces qu'elle causait. Et néanmoins la pauvre femme succomba au tétanos 8 heures après l'opération.

En pareil cas, dit M. Diday, des douleurs intolérables nous obligèrent à couper le fil, ce qui est très-difficile par le gonflement des tumeurs. Quoiqu'il n'y ait point eu d'accidents consécutifs, les angoisses et les douleurs horribles de l'opérée montrent que le tétanos peut être la conséquence d'une telle excitation nerveuse. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Cet accident n'est donc pas exceptionnel. Aussi doit-on remplacer la ligature par l'écraseur qui, en prévenant aussi sûrement l'hémorrhagie, met à l'abri de ces accidents convulsifs si redoutables.

VEINES. Rupture spontanée. Outre celles qui sont dues à des violences extérieures, à un effort énergique, à l'état de gestation, à l'influence d'un brusque changement de température, les veines étant saines, ou à une altération préalable de ces vaisseaux, dont il rappelle des exemples comme termes de comparaison, M. le professeur Legouest signale une rupture spontanée de ces vaisseaux. C'est l'œdème sanguin de Moulinié, de Bordeaux, et, d'après trois autres observations, c'en serait là, en effet, le signe le plus apparent.

Une brusque et vive douleur locale, un gonflement plus ou moins notable, une coloration ecchymotique, la perte totale ou

partielle de la sensibilité et du mouvement ; enfin, la présence d'épanchements sanguins plus ou moins considérables sont les principaux phénomènes de cette sorte d'apoplexie, bien différente des ecchymoses spontanées et scorbutiques.

C'est à l'extrémité des membres, à la jambe, à la main, aux doigts, que l'accident s'est manifesté, c'est-à-dire dans les parties où la circulation de retour éprouve plus ou moins d'obstacles. La profession de deux sujets, les obligeant à se tenir debout et mettant énergiquement en action leurs membres inférieurs, a pu augmenter ainsi cet obstacle. C'est pendant la saison chaude ou dans les pays chauds que l'accident s'est produit. Une congestion momentanée, favorisée par l'activité du centre circulatoire résultant de l'élévation de la température, a donc pu le déterminer, surtout dans l'état de réplétion de l'estomac où se trouvaient deux des malades. (*Arch. de méd.*, mai.)

Malgré le poids de l'opinion du savant chirurgien militaire, on ne peut dire que les faits à l'appui soient concluants. C'est plutôt là une opinion vraisemblable qu'une démonstration clinique. Le fait suivi d'autopsie rend surtout douteuse l'étiologie de cette nouvelle espèce morbide. Aussi des observations ultérieures sont-elles indispensables avant de l'inscrire dans le cadre nosologique.

VERRUES. Le suc fraîchement exprimé de l'ortie sourde les fait disparaître en 8 à 12 jours sans la moindre douleur, selon M. Jaroschevitz, en les enduisant de ce suc trois à quatre fois par jour. Si elles résistent à ce traitement, on y substitue dès le 5e jour le jus de l'*Euphorbia villosa*, et pas un cas sur 22 n'a résisté à ce dernier agent, dont l'emploi ne doit se faire qu'avec attention, à cause de son âcreté. (*Abeille méd.*)

VESSIE. *Gargouillement vésical.* Produit par l'aspiration des dernières gouttes d'urine s'écoulant du cathéter par la rétraction spasmodique de la vessie, selon M. Higguet, ce symptôme est considéré comme un signe spécial, pathognomonique de l'hypertrophie des parois de cet organe (v. *Année* 1866). Mais une interprétation contraire résulte de l'observation suivante rapportée par le docteur Alliod (d'Aoste) :

J'eus l'occasion, dit-il, au mois d'octobre 1866, de pratiquer le cathétérisme tous les jours chez un homme de quarante ans n'ayant jamais souffert des voies urinaires, et atteint de para-

plégie avec paralysie de la vessie et du rectum à la suite de la chute d'un arbre. Aucun gargouillement ne se manifesta les premiers jours; je ne le perçus qu'après cinq à six jours, se produisant à la fin de chaque cathétérisme avec une intensité proportionnée aux efforts du blessé pour évacuer les dernières gouttes sans que la capacité de la vessie fût diminuée ni ses parois épaissies. Un dépôt laiteux se formait seulement au fond de l'organe et était expulsé par les dernières contractions.

Dès que la paralysie vésicale eut cessé, ce phénomène cessa également dans les rares occasions où l'on eut recours au cathétérisme (*Gazz. medica di Torino*, n° 52). Loin donc de pouvoir l'attribuer, dans ce cas, à l'hypertrophie des parois vésicales, ce symptôme paraît indiquer leur atonie, leur paralysie et une diminution de leur contractilité. Ce n'est là toutefois qu'une interprétation individuelle qui est loin d'être consacrée par l'observation, comme en témoigne le fait suivant, où ce signe n'est pas indiqué.

Paralysie de la vessie. *Seigle ergoté à haute dose.* Chez un vieillard atteint depuis douze ans d'incontinence d'urine, la rétention survint tout à coup le 6 avril 1866, après le repas. Le cathétérisme ne découvrit ni rétrécissement, ni sensibilité de l'urèthre, ni calculs; il n'y avait qu'un peu d'hypertrophie gauche de la prostate.

Le docteur Sorbets, d'Aire, n'obtenant aucun résultat du cathétérisme répété, des bains ni des réfrigérants, administra 2 grammes de seigle ergoté, qui ne donna que des envies vaines d'uriner. Il en augmenta dès lors la dose jusqu'à 5 à 6 grammes par jour en quatre prises pendant 11 jours, ce qui, conjointement avec le cathétérisme, ramena les fonctions normales de la vessie, c'est-à-dire que la rétention et l'incontinence se trouvèrent guéries du même coup. (*Gaz. des hôp.*, n° 18.)

Faut-il inférer de ce fait que le seigle ergoté a une action sur les fibres du col et du corps de la vessie? Cette conclusion est au moins prématurée.

VIVISECTIONS. *Vivisection, ce qu'elle est et ce qu'elle a accompli*, tel est le titre d'un mémoire lu à l'Académie de médecine de New-York, le 13 décembre 1866, par M. Dalton. Évoquant tour à tour les grandes découvertes de la physiologie

normale et pathologique, il a montré que leur connaissance est due aux vivisections, et que, sans ce puissant secours, il n'y a plus de progrès possible. Il est même probable que l'*Adress* de M. Brown-Séquard sur les *Etudes et les erreurs médicales*, prononcée à l'inauguration de son cours de physiologie et de pathologie du système nerveux à l'université de Boston, n'est pas étrangère à cet incident. L'éminent investigateur a démontré que, hors du champ de ces expériences sur les animaux vivants, il n'y avait rien à découvrir en aucune branche des sciences médicales, ce qui est beaucoup trop absolu. Enfin, sur le bruit que la législature allait être saisie de mesures répressives à ce sujet, la Société médicale de New-York, dans sa séance annuelle, a adopté une pétition au Parlement tendant à l'éclairer et à prévenir des restrictions contraires aux intérêts de la science. Si donc cette méthode d'investigation a des adversaires passionnés, elle a aussi des défenseurs autorisés et convaincus, dans le nouveau monde comme dans l'ancien, qui ne doivent pas mettre en peine de son avenir.

VOIX. *La voix, l'oreille et la musique*, par M. Laugel, 1 volume in-12 de 177 pages, librairie *Germer-Baillière*. Dissertation purement philosophique, tendant à faire connaître les découvertes de l'ingénieux Helmholtz sur le phénomène du son, et à démontrer les avantages de l'emploi des consonnances pures sur le tempérament. Les deux premières parties ne sont ainsi qu'une préface nécessaire, indispensable à la troisième, sur laquelle l'auteur s'est principalement étendu, et qu'il divise en musique mélodique et musique harmonique. Le mécanisme de la voix, du son n'est décrit que pour montrer sa supériorité sur tous les instruments à vent, et l'oreille pour montrer sa richesse merveilleuse, pour l'appréciation des sons et leur caractère composite démontré par M. Helmholtz à l'aide d'instruments nouveaux.

Par la richesse et la pureté du langage, l'étendue et la variété des connaissances qu'on y trouve, ce petit volume occupera une place distinguée dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, dont le succès montre qu'elle est aussi celle de tous les hommes sérieux.

VOMISSEMENTS. Rien ne démontre mieux l'action réflexe de l'utérus pour leur production que le fait d'une jeune

fille observée par le docteur Blake, qui fut prise de vomissements incoercibles après avoir subi une cautérisation à l'approche des règles. Ils cessèrent complétement par l'extraction d'un tampon de coton qui avait servi à la faire (*The med. Record*, janvier). Que ce soit ou non ce corps étranger qui les ait provoqués, il n'en reste pas moins acquis que l'irritation déterminée sur l'utérus ou l'obstacle apporté à la menstruation en a été la cause.

Extrait thébaïque à petites doses. Chez deux multipares en proie à des vomissements opiniâtres et rebelles aux absorbants, aux alcalins, aux boissons gazeuses, la glace, etc., etc., le docteur Jouon donna exclusivement l'extrait thébaïque par pilules de 1 centigramme de demi-heure en demi-heure, et eut un succès évident. Les premières pilules furent rejetées ; mais, après six à douze heures, les vomissements cessèrent, et quelques cuillerées de lait et de bouillon étaient gardées. Les accidents paraissant conjurés dès le lendemain dans le cas le moins grave, on cessa aussitôt l'usage de l'opium, mais il fallut y revenir la nuit suivante par la réapparition des vomissements. On ne le donna plus que toutes les deux heures, puis toutes les quatre, en en diminuant ainsi graduellement la quantité pendant trois à quatre jours, jusqu'à cessation complète. (*Journ. de méd. de l'Ouest*; avril.)

De petites doses très-répétées d'extrait thébaïque avec suspension complète des boissons constituent donc une nouvelle médication à essayer. Dans l'embarras du choix des divers moyens qui ont réussi en pareil cas, il serait désirable sans doute de connaître les indications spéciales de celui-ci. L'auteur ne cherche pas à pénétrer ce secret. C'est donc à la sagacité du praticien de faire ce choix.

Haschich. Le docteur Féréol a obtenu la cessation de vomissements rebelles, incoercibles, au moyen de la mixture suivante :

℞ Teinture de haschisch........	1	gramme.
Teinture de noix vomique.....	1	—
Eau de mélisse..............	5	—

Mêlez.

Par gouttes sur un morceau de sucre d'heure en heure.

X

XIPHOPHAGISME. *Séparation.* Une adhérence intime, profonde, existant depuis les appendices xiphoïdes jusqu'au nombril, ayant été reconnue par M. le docteur Bôhm entre deux jumelles de petite taille, mais bien constituées d'ailleurs, que venait de mettre au monde sa propre femme, il se décida à les séparer immédiatement par une opération, malgré la communication possible des tubes digestifs. La membrane unissante était recouverte de peau avec tous ses caractères normaux, molle, et semblant constituée par une couche épaisse de tissu cellulaire dans la plus grande partie de son étendue; on y distinguait seulement quelques traînées dures qui furent trouvées lors de l'opération constituées par un prolongement cartilagineux continu entre les deux appendices xiphoïdes et par des vaisseaux.

Le cordon ombilical étant simple, les enveloppes furent divisées longitudinalement dans une étendue de trois pouces et demi, en isolant du côté de chaque enfant la veine accompagnée de deux artères, et deux ligatures furent appliquées. Le pont cutané fut ensuite divisé couche par couche sur la ligne médiane sans grand écoulement de sang ni ligature à faire. Les plaies, longues de cinq centimètres et demi, furent réunies par trois points de suture et un pansement simple par dessus. Une réunion immédiate eut lieu, aucun cri ne fut jeté par les enfants, mais ils étaient refroidis et ils ne se ranimèrent que dans un bain chaud, après quoi ils prirent le sein avec avidité.

L'une d'elles, la plus faible, succomba après trois jours et demi; l'autre se porte bien La cicatrice forme des plis radiés dont le centre se trouve à l'ombilic. Sur la ligne médiane existe un écartement de la ligne blanche s'étendant de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, et surtout manifeste quand l'enfant fait des efforts sans que les fonctions digestives se ressentent de ce vice de conformation. (*Virchow's Archiv*, t. XXXVI.)

Cet exemple rare et curieux peut servir de guide et de précédent aux praticiens timides en pareille occurrence pour ne pas laisser subsister une adhérence monstrueuse.

FIN.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Paris, — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

4